

26. SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE SULLA SALUTE MENTALE (S.I.R.S.M.)

Il settore della salute mentale necessita ormai da tempo di una organica strutturazione del proprio basamento informativo, e per lungo tempo, ai vari livelli istituzionali, il dibattito si è incentrato proprio sugli elementi definatori l'insieme dei soggetti che entrano in contatto o sono in carico presso i servizi socio-sanitari, nonché sulle caratteristiche delle prestazioni che vengono loro erogate.

La Regione Toscana ha quindi avviato un proprio progetto di sviluppo di un sistema informativo di settore, di cui queste note costituiscono parte integrante, partendo dai risultati del lavoro di analisi del fabbisogno informativo svolto a livello nazionale e regionale dagli operatori del settore, con l'obiettivo di rispondere alle necessità di governo, ministeriale regionale ed aziendale, e di erogazione del servizio. Ne è scaturito un insieme ordinato ed organizzato di informazioni e del relativo glossario, strutturato in quattro sezioni:

1. UTENZA
2. PRESTAZIONI
3. STRUTTURE di erogazione del servizio
4. PERSONALE che fornisce il servizio

Il disegno di sistema informativo si basa su una rilevazione analitica delle grandezze che fanno parte delle sezioni sopra elencate, in linea anche con gli sviluppi del livello nazionale.

Per poter realizzare ciò, il progetto ha previsto uno sviluppo in due fasi: quella iniziale, basata sull'impianto e la messa a regime della parte più direttamente legata all'utenza e sulla rilevazione in forma aggregata degli altri dati, e la successiva, incentrata invece sull'attivazione del flusso analitico sulle prestazioni e sul personale che eroga il servizio.

L'UTENZA è esaminata nell'ottica del Dipartimento di salute mentale (DSM) dell'Azienda Sanitaria Locale. La popolazione rilevata è infatti costituita dai soggetti che entrano in relazione con i DSM delle Aziende Sanitarie Locali toscane, e se ne rilevano caratteristiche socio-economiche e sanitarie. A livello regionale viene quindi operata una sintesi che serve a studiare il singolo soggetto in relazione all'intero sistema socio-sanitario toscano e a ricostruire l'intero percorso terapeutico-assistenziale a carico dei diversi utenti.

Le PRESTAZIONI erogate ai propri utenti dai servizi dei DSM rappresentano un insieme molto complesso. Si distinguono infatti diversi regimi di erogazione delle prestazioni:

1. *ambulatoriale/consulenziale/consulenziale/riabilitativo/socioassistenziale*;
2. *attività semiresidenziali*, svolte presso le relative strutture (centri diurni, day-hospital presso presidi territoriali o ospedalieri, ecc.) ;

3. *attività residenziali*, queste effettuate presso strutture a carattere residenziale (centri con presenza di personale nelle 24 ore, comunità terapeutiche, ecc.);
4. *attività di ricovero* per patologie psichiatriche e ricoveri presso S.P.D.C.;
5. *attività di accoglienza*, svolte presso centri residenziali e semiresidenziali.

Il sistema prevede la rilevazione analitica delle prestazioni prestate presso le strutture pubbliche aziendali o private convenzionate nei diversi regimi di erogazione, codificate mediante la classificazione delle prestazioni del settore della salute mentale elaborata da un apposito gruppo di lavoro tecnico R.T.-Aziende Sanitarie insieme al relativo glossario, ed allegata al presente documento. Alla rilevazione delle singole prestazioni è associata la rilevazione analitica degli operatori che le erogano ai singoli utenti.

Le STRUTTURE incluse nel campo di osservazione sono sia quelle pubbliche che quelle private che si trovano sul territorio toscano, come i centri di salute mentale, i centri diurni, gli ambulatori, gli S.P.D.C., le residenze, ecc..

Il PERSONALE preso in considerazione è quello in servizio presso le strutture pubbliche e presso le strutture private a direzione tecnica del dipartimento di salute mentale (DSM) aziendale, distintamente per categoria professionale.

Di seguito vengono descritte prima le regole generali di trasmissione dei flussi. Successivamente sono presentati i flussi relativi alle singole rilevazioni che vanno a comporre il basamento informativo regionale sulla salute mentale, ovvero il flusso analitico dell'anagrafe dell'utenza, il flusso analitico delle prestazioni e i flussi di dati aggregati relativi alle strutture ed al personale.

26.1 Regole generali di organizzazione e trasmissione dei flussi

26.1.1 Definizione dell'oggetto di rilevazione

Come già anticipato, gli oggetti di rilevazione del presente flusso sono caratterizzati da un diverso grado di analiticità. La parte infatti relativa all'anagrafe dell'utenza ed ai suoi contatti con il DSM dell'Azienda Sanitaria, nonché le informazioni sulle prestazioni, hanno carattere individuale, mentre quelle relative alle strutture ed al personale eroganti il servizio sono di livello aggregato.

Gli oggetti di rilevazione del sistema informativo regionale sulla salute mentale sono pertanto i seguenti:

26.1.1.1 Utenza

- 1) Informazioni anagrafiche sull'utenza del DSM dell'Azienda Sanitaria, congiuntamente per soggetti adulti e soggetti appartenenti alla fascia dell'infanzia/adolescenza. L'archivio ANAGRAFE relativo è:
 - SALM_AN per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

- 2) Informazioni sui contatti¹ avuti dalla suddetta utenza con il DSM aziendale. L'archivio CONTATTI relativo, correlato al precedente SALM_AN, è:
 - SALM_CONT per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.
- 3) Informazioni sintetiche sulle diagnosi e sulle cure erogate *all'interno del singolo contatto* a ciascuno degli utenti componenti l'anagrafe. L'archivio DIAGNOSI E CURA relativo, correlato al precedente SALM_CONT, è:
 - SALM_DX per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

26.1.1.2 Prestazioni

- 1) Informazioni di sintesi sulla prestazione rilevata. L'archivio PRESTAZIONI relativo è:
 - SALM_PRE1 per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.
- 2) Informazioni di dettaglio sulla singola prestazione rilevata. L'archivio relativo, correlato al precedente SALM_PRE1 è:
 - SALM_PRE2 per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

26.1.1.3 Strutture di erogazione del servizio

Dati aggregati sulle diverse tipologie di strutture all'interno delle quali vengono erogate le suddette prestazioni nel periodo di riferimento. L'archivio relativo è:

- SALM_STR, per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

26.1.1.4 Personale che eroga il servizio

Dati aggregati sulle diverse tipologie di operatori professionali che erogano le prestazioni di cui sopra nel periodo di riferimento. L'archivio relativo è:

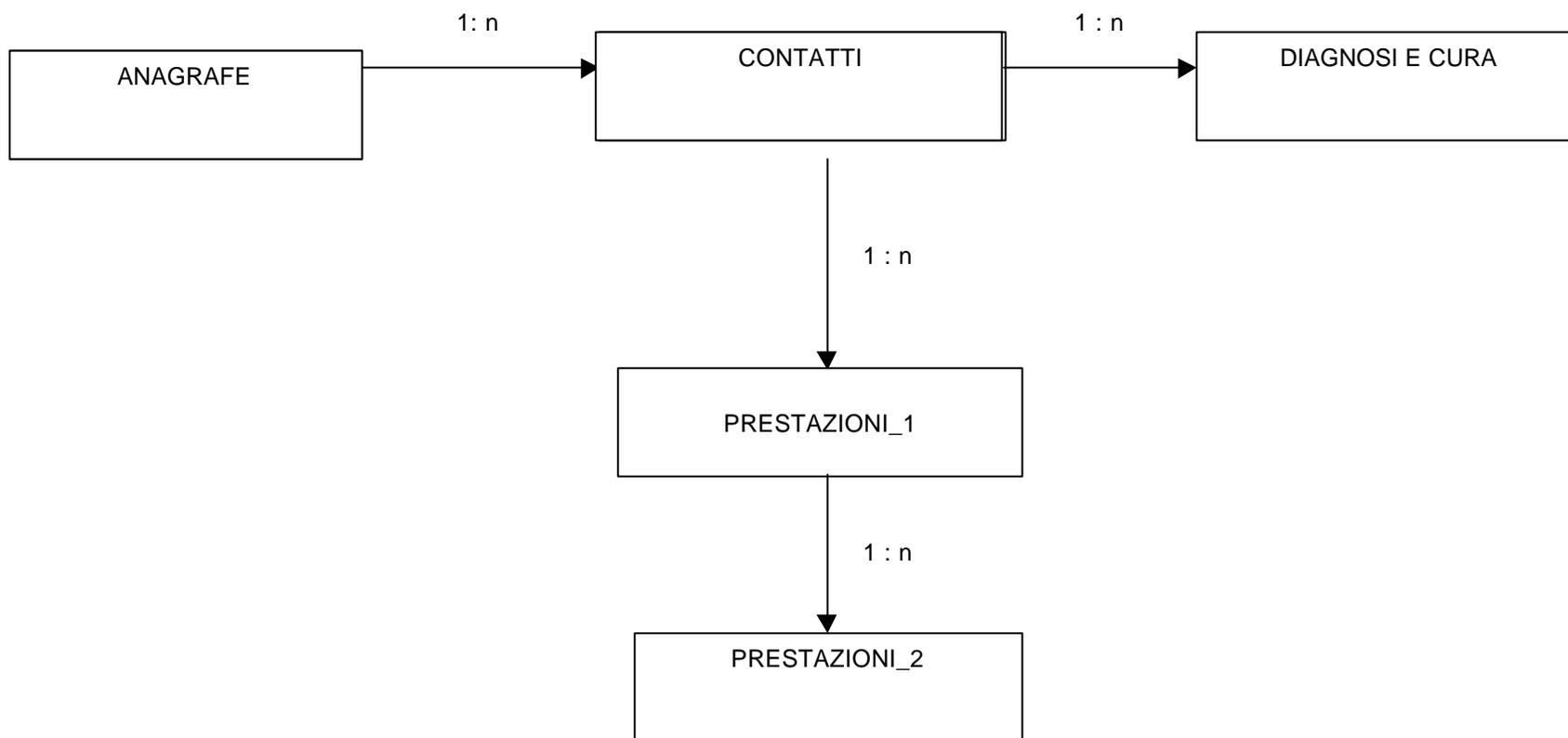
- SALM_PER, per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

¹ La definizione di contatto e la relativa casistica è descritta successivamente al paragrafo 26.7.2.

26.1.2 Schema di correlazione tra gli archivi analitici dell'utenza e delle prestazioni

Il seguente schema di correlazione costituisce la base per la trasmissione dei dati sui singoli **pazienti**, sui loro **contatti** e sulle singole **prestazioni** erogate dal settore aziendale della salute mentale ad ognuno di essi. In tal senso vengono definiti analitici. Si fa presente che gli archivi sulle prestazioni sostituiscono le informazioni aggregate finora inviate sulle attività del settore della salute mentale. Si intende precisare che in tale flusso rientrano solo le prestazioni erogate a soggetti individuabili e non le attività che sono ad esse propedeutiche e che comunque concorrono a determinare il carico di lavoro degli operatori dei DSM aziendali.

Schematicamente si collegano tra di loro secondo le seguenti relazioni:



26.1.3 Cadenza degli invii dalla Azienda sanitaria alla Regione Toscana.

La cadenza degli invii degli archivi è semestrale. Il meccanismo di costruzione degli archivi è quello di una progressiva copertura con reinvio di tutti i dati relativi all'intero anno di riferimento a partire dal secondo invio.

Di seguito sono indicati i tempi per l'invio degli archivi dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana:

Entro il 30 settembre (I invio):

- *Utenza*: 3 archivi, uno principale e due correlati, contenenti i dati relativi al **1° semestre** (gennaio/giugno dell'anno di riferimento);
- *Prestazioni all'utenza*: 2 archivi, principale e correlato, contenenti i dati relativi al **1° semestre** (gennaio/giugno dell'anno di riferimento);
- *Strutture e Personale*: 2 archivi, contenenti i dati relativi al **1° semestre** (gennaio/giugno dell'anno di riferimento)

Entro il 28 febbraio (II invio):

- *Utenza*: 3 archivi, uno principale e due correlati, contenenti i dati relativi all' **intero anno** (gennaio/dicembre dell'anno di riferimento);
- *Prestazioni all'utenza*: 2 archivi, principale e correlato, contenenti i dati relativi all' **intero anno** (gennaio/dicembre dell'anno di riferimento);
- *Strutture e Personale*: 2 archivi, contenenti i dati relativi all' **intero anno** (gennaio/dicembre dell'anno di riferimento)

Entro il 15 aprile (III ed ultimo invio)

- Questo invio è previsto per poter effettuare le ultime correzioni/integrazioni rispetto agli errori/incongruenze rilevati nel secondo invio. In esso pertanto vengono reinviati tutti i succitati 7 archivi, contenenti i dati relativi all' **intero anno** (gennaio/dicembre), e contenenti le ultime correzioni/integrazioni.

A seguito di quest'ultimo invio l'archivio regionale viene consolidato rispetto all'anno di riferimento ed i dati così ottenuti rappresenteranno la base per tutte le elaborazioni a carattere ufficiale sul settore della salute mentale da parte della Regione Toscana.

26.1.4 Modalità di trasmissione elettronica del flusso

Gli archivi inviati dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana devono essere in formato ASCII, e rispettare i tracciati di seguito descritti.

La trasmissione dei dati deve avvenire mediante l'utilizzo dell'apposita procedura, denominata Winpransfert, che utilizza il client di posta winpmail (personalizzata appositamente per il trasferimento). Per poter effettuare l'invio, il mittente deve essere autorizzato dal competente settore della Regione Toscana, in modo da garantire l'individuazione di un solo soggetto che ne è titolare.

L'univocità del titolare dell'autorizzazione opera nei rapporti tra Regione Toscana ed Azienda sanitaria, la quale può, però, definire una diversa articolazione di responsabilità nell'utilizzo dell'autorizzazione all'interno della propria struttura organizzativa, nel rispetto delle disposizioni della legge 675/97 e successive modificazioni ed integrazioni.

Le Aziende sanitarie possono effettuare il controllo dell'esito della trasmissione mediante accesso a specifica pagina WEB che sarà comunicata con apposita nota della Regione. L'accesso a tale pagina WEB è assoggettato a password, comunicata dal competente settore della Regione Toscana.

Non è ammesso nessun altro tipo di trasmissione.

26.1.5 Archivi di supporto

I controlli dei valori di alcuni campi vengono effettuati utilizzando gli archivi di supporto contenenti le codifiche predisposte dalla Regione Toscana. Per tutte le codifiche, necessarie per la compilazione dei tracciati della presente versione (ad esempio, campo “Tiporesp” dell’archivio SALM_PRE2, contenente la codifica del profilo professionale del responsabile che eroga la prestazione), l’Azienda deve fare riferimento esclusivamente a tali archivi che risultano essere il sistema di codifica ufficiale definito a livello regionale.

La necessità di garantire un sistema dinamico di aggiornamento di alcune delle variabili di supporto al sistema rende necessario modalità tali da garantire l’aggiornamento in tempi rapidi e con forme flessibili. Tale esigenza, necessaria per rendere una serie di informazioni indipendenti dai contesti formali tipici della pubblica amministrazione, ha indotto la Regione Toscana a mettere a disposizione tali archivi alle Aziende sanitarie mediante l’accesso a specifiche pagine WEB.

Attraverso tale sistema di consultazione è possibile attingere direttamente alle basi dati relative ad informazioni di supporto per l’implementazione dei flussi DOC mediante un semplice trasferimento degli archivi di appoggio.

Il sistema, ovviamente, non è abilitato ad apportare modificazioni alle regole previste nei provvedimenti deliberativi afferenti al sistema dei flussi D.O.C., ma esclusivamente a fornire una metodologia di consultazione e di trasferimento di informazioni aggiuntiva a quella tipica degli atti deliberativi, né costituisce uno strumento alternativo alle procedure di comunicazione degli atti amministrativi (comunicazione della copia del provvedimento, pubblicazione sul BURT o altro).

26.2 Le correlazioni tra gli archivi analitici

I dati anagrafici dell’utenza e sulle prestazioni erogate devono essere registrati ed inviati in più archivi collegati relazionalmente, secondo i tracciati previsti e descritti nei paragrafi successivi. A questo proposito, tenendo presente lo schema di cui al § 26.1.2, occorre specificare alcuni importanti aspetti.

26.2.1 UTENZA

L’ archivio analitico, denominato SALM_AN, contiene le principali informazioni anagrafiche e socio-economiche dei soggetti utenti di entrambi i settori, adulti ed infanzia/adolescenza.

Gli altri archivi analitici, denominati SALM_CONT e SALM_DX sono gli **archivi correlati**, contenenti le informazioni riguardanti rispettivamente i contatti dell’utente con le strutture aziendali di salute mentale e le diagnosi e cure ricevute dall’utente stesso, comprendendo sia il settore degli adulti che quello dell’ infanzia/adolescenza.

Il collegamento relazionale tra SALM_AN e (SALM_CONT + SALM_DX) avviene grazie alla presenza, in entrambi gli archivi, di un campo denominato **Chiave utente**, di lunghezza pari a 10 caratteri e contenente un valore numerico univoco a livello aziendale e non modificabile nel tempo, una volta

consolidatosi l'archivio a livello regionale. Al fine di garantire l'univocità della Chiave a livello regionale, il valore contenuto nel campo **Chiave utente** viene unito al codice dell'Azienda sanitaria inviante i dati.

Il collegamento relazionale invece tra gli archivi SALM_CONT e SALM_DX avviene mediante un campo chiave, denominato **Numero Pratica**, di lunghezza pari a 10 caratteri e contenente un valore numerico composto da anno (prime quattro cifre) e numero pratica all'interno dell'anno. Tale campo individua in modo univoco il singolo contatto² e le prestazioni erogate all'interno dello stesso.

La Regione Toscana verifica la corretta compilazione dei campi trasmessi mediante l'applicazione di una procedura regionale e restituisce alle Aziende gli archivi ricevuti con l'aggiunta delle segnalazione della correttezza o dell'eventuale errore di ogni singolo campo presente nel tracciato.

L'Azienda può inviare negli invii successivi relativi all'anno di riferimento le correzioni all'archivio.

La corretta costruzione ed alimentazione dell'archivio richiede inoltre l'applicazione di alcune particolari regole e procedure che sono descritte nel paragrafo **26.7 Costituzione e regole di alimentazione dell'anagrafe**.

26.2.2 PRESTAZIONI

Gli archivi analitici denominati SALM_PRE1 e SALM_PRE2, correlati all'archivio dei contatti SALM_CONT, riepilogano invece le informazioni analitiche delle prestazioni erogate al singolo utente all'interno del singolo contatto (episodio di cura). Anche essi tra di loro formano un rapporto di archivio madre e figlio e contengono le informazioni di entrambi i settori.

- L'archivio madre **SALM_PRE1**, contiene i dati **fondamentali** relativi alle prestazioni erogate al singolo utente.
- L'archivio correlato **SALM_PRE2**, contiene invece i dati relativi al **dettaglio** delle prestazioni erogate.

Il collegamento relazionale tra i due archivi avviene mediante un campo chiave, denominato "**Identificativo della prestazione**", di lunghezza pari 10 caratteri e contenente un valore numerico che individua in modo univoco la singola prestazione erogata all'interno del contatto identificato a sua volta dal "**Numero pratica**".

L'archivio anagrafico al quale l'archivio SALM_PRE1 è correlato direttamente è l'archivio **SALM_CONT**, come si vede graficamente nello schema di correlazione tra archivi analitici al § 26.1.2.

² La definizione di contatto e la relativa casistica è descritta successivamente al paragrafo 26.7.2

26.3 Modalità di controllo della procedura regionale e assegnazione degli errori nei singoli campi

Per i criteri di segnalazione degli errori ed i relativi algoritmi di controllo dei singoli campi del flusso oggetto di rilevazione si rimanda alle sezioni relative ai tracciati e ai relativi controlli.

26.4 Tipologia degli errori

Si riportano di seguito i codici di errore previsti per questo flusso e attribuiti dalle procedure regionali di controllo ai singoli campi.

E' previsto anche il trattamento dell'errore costituito dall'assenza di uno o più dei record correlati tra i tre archivi che compongono il flusso, o da difetti nei meccanismi di correlazione tra gli stessi.

Per ogni archivio, la Regione Toscana verifica la corretta compilazione dei campi trasmessi mediante l'applicazione di una procedura regionale e restituisce alle Aziende gli archivi ricevuti con l'aggiunta di appositi campi ("flag") contenenti la segnalazione della correttezza o dell'eventuale errore presente in ogni singolo campo contenuto nel record.

Sulla base di tali risultanze l'Azienda può provvedere al reinvio in copertura di quello precedente dell'archivio in occasione degli invii successivi relativi all'intero anno di riferimento dei dati.

Errore del singolo campo

Ad ogni campo è stato associato un peso in caso di presenza di valore errato (al momento a prescindere dal tipo di errore riscontrato), ed il sistema di pesi è lo stesso che viene poi utilizzato per valutare il livello di errore dell'intero record:

“0”: campo corretto

“1”: errore lieve

“2”: errore grave

“9”: errore che determina lo scarto dell'intero record.

All'interno del record che la R.T. reinvia alle Aziende Sanitarie ad ogni campo costituente il record inviato dalle Aziende corrisponde un apposito campo flag di errore che viene valorizzato secondo il sistema di pesi sopra descritto in base alle risultanze della procedura di controllo regionale. Questa verificherà il rispetto delle regole di compilazione dei singoli campi, descritte nella sezione del presente documento relative ai tracciati record, nella parte denominata "Note", ed in presenza di una loro violazione segnalerà l'errore.

Livello di errore dell'intero record

Questa statistica viene inserita in un apposito campo ("**flagtot**") del record che la R.T. restituisce alle Aziende (vd. relativo tracciato record), e serve per segnalare la bontà del record nel suo complesso. I valori previsti sono i seguenti:

Errore “0”: segnala la correttezza dell'intero record.

Errore “1”: segnala la presenza di errori lievi nel record, che non ne impediscono il suo inserimento nel basamento regionale

Errore “2”: segnala la presenza di errori gravi nel record, che però non ne impediscono il suo inserimento nel basamento regionale

Errore “9”: segnala lo scarto del record per presenza di errori gravissimi, che ne impediscono il suo inserimento nel basamento regionale.

Valorizzazione del campo flagtot

Il valore è ottenuto sulla base della presenza o meno di errori riscontrati nei singoli campi componenti il tracciato.

La valorizzazione del campo “flagtot” corrisponderà a “9” in presenza anche di un solo errore in uno dei campi cui è associato un peso corrispondente (ovvero un campo che ha un peso di errore pari a 9).

Il suo valore sarà invece pari a “0” se tutti i campi del record inviato dall’Azienda risulteranno corretti.

Il suo valore sarà infine “1” o “2” sulla base del valore medio dei pesi riscontrati, purché diversi da ”9”.

Errori di correlazione tra i record dei cinque archivi analitici e loro trattamento

Il principio di base è che, mentre i record dell’archivio contenente i dati sui **contatti dell’utente** (SALM_CONT), qualora siano ben correlati ai record dell’archivio contenente i **dati anagrafici** (SALM_AN) , non saranno più rimossi, a meno che al loro interno non contengano errori nei singoli campi che ne determinino lo scarto, i record dell’archivio contenente i **dati sulle diagnosi e cure** (SALM_DX) entreranno nel basamento informativo solo se, oltre a non avere errori al proprio interno che ne determinino lo scarto, non presenteranno errori di correlazione con l’archivio succitato SALM_CONT. Per ciò che concerne le **prestazioni all’utente** (SALM_PRE1 e SALM_PRE2), queste entreranno nel basamento informativo solo se, oltre a non avere errori al proprio interno che ne determinino lo scarto, non presenteranno errori di correlazione con l’archivio succitato SALM_CONT, o tra di loro.

Gli errori di correlazione dell'archivio **SALM_PRE1** rispetto a **SALM_CONT** potranno essere relativi a:

1. disallineamento tra i valori indicati nel campo **settore**.
2. disallineamento tra i codici **identificativi dell’utente**.
3. disallineamento tra i valori indicati nel campo **anno**.
4. disallineamento tra i valori indicati nel campo **periodo di rilevazione**.
5. disallineamento tra i **codici dell’azienda sanitaria**.
6. disallineamento tra i **numeri pratica utente**.
7. disallineamento tra **date apertura/chiusura contatto** e **date inizio/fine prestazione**

Gli errori, invece di correlazione di **SALM_PRE2** rispetto a **SALM_PRE1** potranno essere relativi a:

1. disallineamento tra i valori indicati nel campo **settore**.
2. disallineamento tra i valori indicati nel campo **anno**.
3. disallineamento tra i valori indicati nel campo **periodo di rilevazione**.
4. disallineamento tra i **codici dell’azienda sanitaria**.
5. disallineamento tra i **numeri pratica utente**
6. disallineamento tra gli **identificativi della prestazione**
7. disallineamento tra **date inizio/fine della prestazione complessiva** (salm_pre1) e **data di erogazione della singola prestazione** elementare (salm_pre2).

Gli esiti del controllo sulla bontà della correlazione vengono inseriti anch'essi in appositi campi “**flagcorr**” dei record che la R.T. restituisce alle Aziende (vd. relativo tracciato record):

- nell'archivio di restituzione di SALM_CONT, **flagcorr** riporta il risultato del controllo sulla correlazione tra gli archivi SALM_AN e SALM_CONT,.
- nell'archivio di restituzione di SALM_DX., **flagcorr** riporta il risultato del controllo sulla correlazione tra gli archivi SALM_CONT e SALM_DX.
- nell'archivio di restituzione di SALM_PRE1, **flagcorr** riporta il risultato del controllo sulla correlazione tra gli archivi SALM_PRE1 e SALM_CONT.
- nell'archivio di restituzione di SALM_PRE2, **flagcorr** invece riporta il risultato del controllo sulla correlazione tra gli archivi SALM_PRE1 e SALM_PRE2.

I valori previsti sono i seguenti:

Errore “0”: segnala che la correlazione è corretta.

Errore “9”: segnala lo scarto del record perché l'errore di correlazione impedisce il suo inserimento nel basamento regionale.

26.5 Modalità di scarto dei record dei flussi

L'operazione di scarto avviene durante tre fasi ben precise di ricezione degli archivi inviati.

- Fase di verifica della coerenza interna dell'archivio
- Fase di verifica della corretta correlazione tra archivi
- Fase di verifica rispetto al basamento informativo consolidato regionale

26.5.1 Fase di verifica della coerenza interna dell'archivio.

Per gli archivi SALM inviati dalle Aziende alla Regione Toscana i controlli vengono effettuati secondo i seguenti criteri:

- Verifica della corretta compilazione del campo **tipo record**: il valore inserito in tale campo deve corrispondere al tipo di archivio trasmesso (per l'archivio anagrafico, SALM_AN, il solo codice ammesso è 1; per gli altri archivi, il solo codice ammesso è: 2 per SALM_CONT, 3 per SALM_DX, 4 per SALM_PRE1, 5 per SALM_PRE2), altrimenti viene segnalato un errore di tipo 9 nel campo “flag” di errore relativo al tipo record.

Poiché si tratta di archivi correlati, tale errore genera un **effetto di scarto “a cascata”**, a seconda di quale archivio sia interessato:

SALM_AN → SALM_CONT → SALM_DX

SALM_CONT → SALM_PRE1 → SALM_PRE2

Pertanto se si verifica un errore a carico di un record dell'archivio SALM_AN, questi determina lo scarto dell'intero *gruppo* di record correlati (Salm_An+Salm_Cont+Salm_Dx+Salm_Pre1+Salm_Pre2), se si verifica invece a livello di un record dell'archivio SALM_PRE1 causa lo scarto del record errato e dei record SALM_PRE2 correlati. Infine se l'errore si presenta solo su SALM_PRE2 viene scartato soltanto il record relativo presente in questo archivio.

- Verifica dell'**esistenza ed univocità della chiave identificativa del record**: se il valore contenuto nel campo “chiave utente” (codice identificativo dell'utente), risulta essere ripetuto all'interno dell'archivio SALM_AN, viene segnalato un errore di tipo 9 nel campo errore relativo al campo “chiave” determinando di conseguenza lo scarto dell'intero gruppo di record presenti nei cinque archivi SALM e contraddistinti da tale chiave. Stesso meccanismo di controllo si applica anche alle chiavi identificative del singolo record all'interno dell'archivio di appartenenza: “numero pratica utente” (“pratica”) per l'archivio SALM_CONT, “numero pratica utente+anno” (“pratica”+”anno”) per l'archivio SALM_DX, “numero pratica+identificativo prestazione” (“pratica”+”id_presta”) per l'archivio SALM_PRE1, “numero pratica+identificativo prestazione+progressivo scheda” (“pratica”+”id_presta”+”proscheda”) per l'archivio SALM_PRE2.
- Verifica dell'esatta compilazione del campo relativo **all'Azienda inviante**: il valore contenuto in tale campo deve corrispondere al codice ministeriale dell'Azienda inviante i dati, altrimenti si segnala un errore di tipo 9 nel campo errore relativo all'Azienda erogatrice, determinando un effetto di scarto a cascata, già sopra descritto, in base all'archivio in cui si manifesta l'errore.

26.5.2 Fase di verifica della corretta correlazione tra archivi

- Verifica della **corrispondenza della corretta correlazione tra le chiavi** identificative dei record:
 - a. record dell'archivio SALM_CONT con il correlato record presente in SALM_AN, attraverso la chiave di correlazione (“codice azienda”+”chiave utente”). In caso di inconsistenza, viene segnalato un errore di tipo 9 nel campo errore relativo al campo/i errati determinando di conseguenza lo scarto del record di SALM_CONT contenente tale errore.
 - b. record dell'archivio SALM_DX con il correlato record presente in SALM_CONT, attraverso la chiave di correlazione (“codice azienda”+”chiave utente”+”numero pratica utente”). In caso di inconsistenza, viene segnalato un errore di tipo 9 nel campo errore relativo al campo/i errati determinando di conseguenza lo scarto del record di SALM_DX contenente tale errore.
 - c. record dell'archivio SALM_PRE1 con il correlato record presente in SALM_CONT, attraverso la chiave di correlazione (“codice azienda”+”chiave utente”+”numero pratica utente”). In caso di inconsistenza, viene segnalato un errore di tipo 9 nel campo errore relativo al campo/i errati determinando di conseguenza lo scarto del record di SALM_PRE1 contenente tale errore.
 - d. record dell'archivio SALM_PRE2 con il correlato record presente in SALM_PRE1, attraverso la chiave di correlazione (“codice azienda”+”numero pratica utente”+”identificativo prestazione”+”anno”). In caso di inconsistenza, viene segnalato un errore di tipo 9 nel campo errore relativo al campo/i errati determinando di conseguenza lo scarto del record di SALM_PRE1 contenente tale errore.
- Verifica dell'**allineamento tra le date** di apertura/chiusura del contatto (SALM_CONT) e quelle relative alle diagnosi e cure (SALM_DX) o alle prestazioni erogate al suo interno (SALM_PRE1 e SALM_PRE2). Anche in questo caso trattandosi di archivi correlati, si realizza un **effetto di scarto “a cascata”**, a seconda di quale archivio sia interessato:
 - SALM_CONT → SALM_DX
 - SALM_CONT → SALM_PRE1
 - SALM_PRE1 → SALM_PRE2

Le date di riferimento infatti sono quelle presenti nell'archivio SALM_CONT (date di apertura/chiusura del contatto). Pertanto se si verifica un errore a carico di un record dell'archivio SALM_DX o SALM_PRE1 nell'allineamento con le suddette date del contatto, questi determina lo scarto del record correlato (salm_dx o salm_pre1). Se invece l'errore è tra SALM_PRE1 e SALM_PRE2, ovvero si ha un disallineamento tra il periodo di erogazione della prestazione complessiva (SALM_PRE1) e la data di erogazione della singola prestazione elementare (SALM_PRE2), si ha lo scarto del record contenente i dati della singola prestazione elementare (salm_pre2).

26.6 Cadenza degli invii dalla Regione Toscana alle Aziende Sanitarie

La cadenza degli invii degli archivi è semestrale e *riguarda solo gli archivi analitici, ovvero quelli relativi ai dati sull'utenza e sulle prestazioni*. Di seguito sono indicati i tempi per l'invio degli archivi dalla Regione Toscana alle Aziende sanitarie:

Entro il 31 ottobre:

- 5 archivi, principali e correlati, contenenti i dati inviati e controllati relativi al **1° semestre** (gennaio/giugno) **dell'anno di riferimento**:
 - *Utenza*: 3 archivi, uno principale e due correlati;
 - *Prestazioni all'utenza*: 2 archivi, principale e correlato.

Entro il 20 marzo:

- 5 archivi, principali e correlati, contenenti i dati inviati e controllati relativi all' **intero anno** (gennaio/dicembre) **di riferimento**.
 - *Utenza*: 3 archivi, uno principale e due correlati;
 - *Prestazioni all'utenza*: 2 archivi, principale e correlato.

6.1 Modalità di trasmissione elettronica degli archivi da Regione Toscana alle Aziende Sanitarie

Gli archivi inviati dalla Regione alle Aziende sono in formato ASCII e secondo le specifiche riportate nel tracciato record relativo inviato dalla Regione alle Aziende sanitarie.

Ad ogni Azienda sanitaria sono restituiti i dati relativi alla propria utenza.

Vengono inoltre restituite a titolo conoscitivo le informazioni anagrafiche sugli utenti residenti in comuni di riferimento dell'Azienda ricevente, ma segnalati dai D.S.M. di altre aziende sanitarie toscane.

Le procedure regionali utilizzano a tal fine un algoritmo di determinazione della residenza dell'utente. Si tratta dello stesso algoritmo usato nelle procedure regionali di controllo del flusso sulla attività specialistica ambulatoriale (SPA).

La logica sottostante a tale algoritmo è finalizzata a ridurre al minimo l'indeterminatezza della residenza dell'utente.

Il dato fornito alle Aziende USL relativo ai residenti che hanno fruito di prestazioni presso i D.S.M di altre aziende sanitarie toscane tende quindi a configurarsi come quello massimo teorico

26.7 Costituzione e regole di alimentazione dell'anagrafe regionale del S.I.R.S.M.

L'anagrafe regionale degli utenti del servizio di salute mentale delle Aziende sanitarie toscane conterrà le informazioni di carattere anagrafico su tutti i soggetti che i DSM aziendali hanno contattato nel tempo e di cui hanno memoria nonché quelle relative ai soggetti che hanno rapporti in corso con i DSM stessi. Occorre pertanto precisare innanzitutto alcuni termini necessari alla corretta gestione dell'anagrafe.

26.7.1 UTENTE ATTIVO

Con tale termine si indica l'utente del servizio di salute mentale delle Aziende Sanitarie che ha ricevuto nel periodo di riferimento almeno una prestazione da parte della struttura aziendale. Tale prestazione può anche consistere in una prima visita, perché l'utente si presenta per la prima volta alla struttura, oppure in una serie di prestazioni se l'utente è sotto trattamento. La dizione di utente attivo comprende quindi sia il nuovo utente, che l'utente sotto trattamento. Questi può anche essere un soggetto che ha contattato il DSM aziendale anni addietro, ha ricevuto una semplice visita o un trattamento, abbia concluso i rapporti, e poi li abbia riaperti a distanza di tempo. In tal caso nell'archivio CONTATTI sarà presente un record che segnalerà l'apertura del nuovo contatto.

26.7.2 CONTATTO

Nel presente sistema informativo il termine **contatto** rappresenta un episodio di trattamento più o meno complesso e che si articola su un arco temporale più o meno lungo. L'apertura del contatto avviene nel momento in cui l'utente si presenta alla struttura aziendale, spontaneamente o assistito, per richiedere la soluzione di un problema. Può quindi trattarsi di:

- un nuovo soggetto, in tal caso il contatto configurerà un nuovo utente,
- un utente che a suo tempo era già stato assistito dai servizi DSM aziendali, e per il quale i rapporti si erano conclusi o perché il trattamento/singola prestazione si erano conclusi o perché l'utente non si era più presentato. In tal caso si avrà un nuovo contatto per un utente non più nuovo. Anche se il problema per cui l'utente si ripresenta è sempre lo stesso per cui ha ricevuto prestazioni in passato, si parlerà di nuovo contatto. *Infatti ciò che caratterizza il nuovo contatto per un utente non nuovo al DSM è la condizione che nel corso dei novanta giorni precedenti non abbia ricevuto prestazioni. L'unica eccezione riguarda i contatti che rappresentano progetti terapeutici, all'interno dei quali sia prevista l'erogazione di prestazioni ad intervalli temporali superiori ai novanta gg.*
- un utente assistito dai servizi DSM aziendali continuativamente, per il quale non si sono mai conclusi i rapporti. *E' il caso del contatto aperto in passato e ancora attivo, per il quale si registra la continuità del trattamento terapeutico dalla data di apertura della cartella clinica (effettuata ad esempio nel 1980).*

A livello di trattamento dei dati i contatti, più o meno complessi in termini di trattamento e di durata dei rapporti saranno individuati mediante un **‘Numero Pratica’**. Il contatto si qualifica poi sulla base del tipo di prestazione erogata e del livello di assunzione di responsabilità da parte del medico (presa in carico). Si distinguono infatti due tipologie:

26.7.2.1 *CONTATTO SENZA PRESA IN CARICO*

Se il contatto si risolve mediante l'erogazione di una singola prestazione (ad es. una certificazione) ovviamente non si avrà una presa in carico e nello stesso periodo di riferimento si osserverà l'apertura e la chiusura del contatto. Tale chiusura sarà di tipo convenzionale, ovvero fissata al giorno stesso di erogazione della prestazione (se questa sicuramente esaurisce il contatto) o alla data di scadenza dei novanta giorni dalla data di erogazione dell'ultima prestazione, se l'utente dopo una prima visita/visita successiva (ad es. Colloquio psicologico per problemi nei rapporti con il coniuge) non si è più presentato, o se da parte dell'operatore è stato deciso di non procedere con un trattamento.

Se i novanta giorni suddetti sono a cavallo di due anni, ovvero se la data dell'ultima prestazione erogata è successiva al 30 settembre dell'anno di riferimento dei dati, il relativo record, trasmesso in occasione del secondo invio, verrà segnalato dalle procedure regionali di controllo con un apposito flag (flag_contatto) per porre all'attenzione delle aziende i contatti di non presa in carico ancora aperti alla fine del periodo di riferimento. Al terzo ed ultimo invio questi contatti devono risultare o chiusi al massimo entro il novantesimo giorno, oppure evolvere nella presa in carico.

Pertanto, la chiusura convenzionale dovrà essere applicata nei termini sopra descritti a tutti i contatti che non generano la presa in carico, e la mancanza della relativa data verrà segnalata dalle procedure regionali di controllo come errore "2" a livello del corrispondente flag nel tracciato record di restituzione dalla R.T..

Se non successivamente corretto dall'azienda, il contatto entrerà comunque nel basamento regionale definitivo. Nella successiva fase di elaborazione ed analisi dei dati, poi, le relative procedure regionali provvederanno comunque ad una "chiusura" convenzionale di tali contatti.

26.7.2.2 *CONTATTO CON PRESA IN CARICO*

La presa in carico rappresenta l'atto con cui si decide che alla prima visita/colloquio seguiranno altri interventi o prestazioni. Qualora questo avvenga, il contatto potrà chiudersi nello stesso periodo di riferimento o protrarsi per più anni. In tal caso il contatto risulterà aperto per tutto il periodo e verrà chiuso dagli operatori responsabili in forma concordata con l'utente o non concordata. Ovviamente la presa in carico coinciderà con l'erogazione di almeno una prestazione nello stesso periodo di riferimento (ad esempio la stessa visita/prestazione in cui viene decisa la presa in carico).

In assenza di prestazioni per un arco di tempo superiore ai novanta giorni ed in assenza di un progetto terapeutico che preveda l'erogazione di prestazioni ad intervalli temporali superiori al suddetto, il contatto dovrà essere chiuso in forma non concordata alla scadenza del novantesimo giorno. A questo proposito si fa notare che per una corretta gestione dell'anagrafe se il soggetto preso in carico nell'arco dell'anno X risulta però non avere ricevuto prestazioni nel corso dell'anno successivo, senza che a tale fatto sia corrisposta una chiusura del contatto, al 31.12 dell'anno successivo le procedure di controllo RT, durante l'analisi dei dati del II invio relativo a tale anno, segnaleranno un errore grave ("2") a livello della data di chiusura della presa in carico, e se non successivamente corretto dall'azienda, il contatto entrerà così nel basamento regionale definitivo. Nella successiva fase di elaborazione ed analisi dei dati, poi, le relative procedure regionali provvederanno comunque ad una "chiusura" convenzionale di tali contatti.

Il processo di creazione e di alimentazione dell'anagrafe regionale dell'utenza dei servizi di salute mentale si compone di due fasi:

1. fase di costituzione, iniziale ed a carattere straordinario,
2. fase di gestione, successiva ed a carattere ordinario.

26.7.3 COSTITUZIONE ANAGRAFE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

Tale fase si estende su tutto il primo anno di riferimento dei dati. Tale anno è corrisposto al 2002 per le AUSL toscane che sono state in grado di attivare il sistema sin dall'attivazione regionale del progetto. Per le altre AUSL, corrisponde al primo anno di attivazione aziendale del sistema informativo. I riferimenti e gli esempi successivi si rifanno comunque all'anno 2002.

- **Archivio anagrafe:** invio della situazione dell'anagrafe al:
- I invio: situazione al 30/6/2002,
 - II e III invio: situazione al 31/12/2002
- comprensiva di tutti i soggetti presenti in anagrafe, sia che siano essi contatti aperti o chiusi, qualunque sia l'accezione di chiusura adottata a livello aziendale.
- **Archivio Contatti:** inviare un record "Contatti" per:
1. ogni record "Anagrafe" corrispondente ad un soggetto per cui è stata definita a suo tempo dalla struttura aziendale una data di chiusura del rapporto. In tal caso valorizzare la data di apertura del contatto (e della eventuale presa in carico) nonché la sua data di chiusura.
 2. ogni record "Anagrafe" corrispondente ad un soggetto di cui non si conosce l'attuale stato dei rapporti con i servizi DSM aziendali. In tal caso si richiede di dichiarare la data di apertura del contatto e di chiuderlo nello stesso record "contatto" valorizzando con la data di fine del periodo di riferimento (I invio: 30/6/2002, II e III invio: 31/12/2002) il campo "Data chiusura convenzionale".
- Inviare invece uno o più record contatti per:
3. ogni record "Anagrafe" corrispondente ad un soggetto con cui esistono rapporti attivi con i servizi DSM aziendali, secondo la dizione di utente "attivo" sopra descritta. In tal caso valorizzare la data di apertura del contatto, distintamente se trattasi di nuovo utente o nuovo contatto di utente già conosciuto dai servizi suddetti. Se il soggetto ha avuto più contatti (episodi di cura) nel corso del 2002, riportare gli estremi di tali contatti, creando un record CONTATTI per ogni contatto intervenuto.
- **Archivio Diagnosi e Cure:** inviare un record "Diagnosi e cure" per ogni record "Anagrafe" per cui esiste un record "Contatti" che indichi l'esistenza di rapporti attivi da parte dell'utente con i servizi DSM aziendali o chiusi nel corso del 2002. Il I invio conterrà i dati provvisori relativi al I semestre 2002. Questi verranno poi sostituiti dai dati relativi all'intero 2002, trasmessi nel II invio, ed infine resi definitivi dal III invio. Il basamento informativo regionale infatti conterrà i dati relativi alle *prestazioni erogate a partire dal 2002* dalle strutture dei DSM aziendali agli utenti in anagrafe.

26.7.4 GESTIONE DELL'ANAGRAFE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DELLE AZIENDE SANITARIE TOSCANE

Il terzo invio relativo all'anno 2002 (data trasmissione Aziende-RT: 15 aprile 2003) chiude la fase straordinaria di costituzione dell'anagrafe ed il sistema entra nella gestione ordinaria. Un corretto svolgimento di tale fase richiede che ad invio vengano ritrasmessi i dati relativi a tutti gli utenti ATTIVI nell'anno di riferimento. In ogni trasmissione si avrà pertanto per ogni utente attivo 1 record "Anagrafe", 1 o più record "Contatti" e tanti record "Diagnosi e cure" quanti sono i record "Contatti".

- **Archivio Anagrafe:** se nel corso del periodo sono intervenute variazioni anagrafiche (stato civile, condizione professionale, usl di residenza, ecc.) devono essere riportate solo quelle valide alla data di fine del periodo di riferimento per l'invio dei dati. Questa regola vale sia per i nuovi utenti che per quelli già presenti in anagrafe ed attivi.

- **Archivio Contatti:** se l'apertura del contatto, è avvenuta nel periodo, riportare la relativa data.
 Se l'apertura del contatto invece si è verificata in anni precedenti e si è chiusa nel periodo, riportare solo la relativa data di chiusura, distintamente a seconda che la chiusura sia relativa alla presa in carico o si tratti di una chiusura convenzionale.
 Se il contatto si è aperto e chiuso nell'anno di riferimento per l'invio dei dati, riportarne sia la data di apertura che quella di chiusura, anche in questo caso in forma distinta a seconda che la chiusura sia relativa alla presa in carico o si tratti di una chiusura convenzionale.
 Se l'apertura del **contatto** si è realizzata in anni precedenti, e **l'episodio di trattamento** risulta ancora aperto per tutto il periodo di riferimento, reinviare l'ultimo record "Contatti" inviato per il periodo di riferimento precedente*. Questo permetterà alle procedure di controllo regionali di riconoscere, mediante un controllo sul campo chiave relativo al **numero pratica utente** e la contestuale esistenza dello stesso nel basamento regionale, di riconoscere lo stato attivo del rapporto dell'utente con il DSM, pur aperto in data antecedente il periodo di riferimento per l'invio dei dati.
 *A titolo esemplificativo, nel caso in cui il periodo di rilevazione sia relativo all'anno 2005 ma il contatto sia stato aperto nel 2002 e risulti ancora attivo (ad es. progetto terapeutico), dovrà crearsi il seguente tipo di correlazione:
 - indicare all'interno dei campi "nuvut" e "nucont" un valore pari ad 2 ovvero segnalare che non si tratta né di un nuovo utente né di un nuovo contatto.
 - riportare all'interno del campo "pratica" il numero pratica utente generato all'apertura del contatto (2002*****).

- **Archivio Diagnosi e Cure:** ad ogni invio deve essere trasmesso un record "Diagnosi e Cure" per ogni record "Contatti" trasmesso nello stesso periodo. Trattandosi di un record contenente informazioni di carattere consuntivo sulle prestazioni erogate nell'ambito del singolo contatto, il I invio conterrà i dati provvisori relativi al I semestre dell'anno di riferimento. Il II e III invio invece conterrà i dati relativi alle diagnosi e cure erogate nell'anno di riferimento, distintamente per ogni contatto.
 Occorre porre attenzione alle informazioni contenute nei campi "**Diagnosi Iniziale**" e "**Diagnosi Finale**". I termini "iniziale" e "finale" si riferiscono all'anno di riferimento per l'invio dei dati. Queste diagnosi possono quindi variare di anno in anno per lo stesso utente all'interno dello stesso **contatto**, se questo si realizza attraverso più anni.

A titolo esemplificativo riportiamo due casi ipotetici:

1. sig. Biagio Verdi, che ha contattato la struttura il 23.2.1997, non è stato preso in carico e non si è più ripresentato;
2. sig.ra Bianca Rossi, nuovo utente nell'anno 1998 e non presa in carico a suo tempo. Questa signora si ripresenta alla struttura il 1.3.2002, e viene presa in carico il 10.04.2002. Si ipotizzano quindi tre percorsi:
 - a. la signora fruisce di una serie di prestazioni ed il contatto viene chiuso il 10.10.2002 per fine trattamento.
 - b. le prestazioni vengono interrotte nel 2003 perché la signora non si ripresenta alla struttura per continuare il trattamento. Viene quindi effettuata una conclusione non concordata della presa in carico al 18.08.03.

c. Il trattamento si conclude in modo concordato con la paziente il 15.07.2004.

Sig. Biagio Verdi	Archivio ANAGRAFE	Archivio CONTATTI	Archivio DIAGNOSI E CURE
I° invio (30.11.02)	1 record Anagrafe con dati validi al 23.2.97 (a meno che l'azienda non disponga comunque di dati più aggiornati)	1 record Contatti con valorizzazione: numero pratica = 1997***** nuovo utente = 1 nuovo contatto = 2 data contatto nuovo utente = 23.02.97 presa in carico = 2 conclusione convenzionale = 2 data conclusione convenzionale = 23.02.97	1 record Diagnosi e cure con dati relativi al contatto verificatosi in data 23.02.97

Sig. Bianca Rossi	Archivio ANAGRAFE	Archivio CONTATTI	Archivio DIAGNOSI E CURE
I° invio (30.11.02)	1 record Anagrafe con dati validi al 30.11.02	1 record Contatti con valorizzazione: numero pratica 2002***** nuovo utente = 2 nuovo contatto = 1 data nuovo contatto = 01.03.02 presa in carico = 1 data presa in carico = 10.04.02 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 30.06.02
Caso A			
II° invio (28.02.03)	1 record Anagrafe con dati validi al 31.12.02	1 record Contatti con valorizzazione: numero pratica= n. pratica I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 2 data conclusione presa in carico = 10.10.02	1 record Diagnosi e cure con situazione alla chiusura della presa in carico, ovvero al 10.10.02
Caso B			
II° invio (28.02.03)	1 record Anagrafe con dati validi al 31.12.02	1 record Contatti = record I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 31.12.02

I° invio 2003 (30.09.03)	1 record Anagrafe con dati validi al 30.06.03	1 record Contatti = record I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 30.06.03
II° invio 2003 (28.02.04)	1 record Anagrafe con dati validi alla chiusura non concordata del caso, ovvero al 18.8.03	1 record Contatti con valorizzazione: numero pratica = n.pratica I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 3 data conclusione presa in carico = 18.08.03	1 record Diagnosi e cure con situazione al 18.8.03
Caso C			
II° invio (28.02.03)	1 record Anagrafe con dati validi al 31.12.02	1 record Contatti = record I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 31.12.02
I° invio 2003 (30.09.03)	1 record Anagrafe con dati validi al 30.06.03	1 record Contatti = record I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 30.06.03
II° invio 2003 (28.02.04)	1 record Anagrafe con dati validi al 31.12.03	1 record Contatti = record I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 31.12.03
I° invio 2004 (30.09.04)	1 record Anagrafe con dati validi al 30.06.04	1 record Contatti = record I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 1	1 record Diagnosi e cure con situazione al 30.06.04
II° invio 2004 (28.02.05)	1 record Anagrafe con dati validi alla chiusura concordata del caso, ovvero al 15.07.04	1 record Contatti con valorizzazione: numero pratica = n.pratica I° invio nuovo utente = 2 nuovo contatto = 2 conclusione concordata = 2 data conclusione presa in carico = 15.07.04	1 record Diagnosi e cure con situazione alla chiusura della presa in carico, ovvero al 15.07.04

Ovviamente, in tutte le ipotesi sopra prospettate, i dati del III° invio dalle Aziende Sanitarie alla R.T. conterranno la situazione corretta propria del II° invio.

26.7.5 ELEMENTI SIGNIFICATIVI DEL TRACCIATI ANAGRAFICI

In questo paragrafo vengono riportate le modalità di compilazione di alcuni campi ritenuti di particolare importanza:

26.7.5.1 Modalità di compilazione del campo “Chiave Utente”

Il collegamento relazionale tra Archivi Madre ed Archivi Correlati avviene grazie alla presenza, in entrambi gli archivi, di un campo denominato **Chiave utente**, di lunghezza pari a 10 caratteri contenente un valore univoco a livello aziendale. L’univocità deve essere garantita per tutto l’intervallo temporale di presenza dell’utente in anagrafe. Al fine di garantire l’univocità della Chiave a livello regionale, il valore contenuto nel campo **Chiave utente** viene unito al codice dell’Azienda sanitaria inviante i dati.

26.7.5.2 Modalità di compilazione del campo “Numero Pratica”

Il campo chiave **“Numero Pratica”** individua univocamente il **contatto** aperto a carico di un nuovo utente o di un utente già conosciuto dai servizi DSM aziendali. Il campo possiede una lunghezza pari a 10 caratteri, costituiti per i primi quattro dall’anno di apertura della pratica(contatto), e per i successivi sei da un identificativo univoco a livello aziendale, sia esso un progressivo o altro.

Questo permetterà alle procedure di controllo regionali di riconoscere, mediante un controllo su tale campo chiave e la contestuale esistenza dello stesso nel basamento regionale, di riconoscere lo stato attivo del rapporto dell’utente con i servizi DSM aziendali, pur aperto in data antecedente il periodo di riferimento per l’invio dei dati.

Al fine di garantire l’univocità della Chiave a livello regionale, il valore contenuto nel campo **Numero Pratica** viene unito al codice dell’Azienda sanitaria inviante i dati.

Tale campo serve inoltre per:

1. effettuare il collegamento relazionale tra gli archivi CONTATTI e DIAGNOSI E CURE, per individuare le diagnosi e le prestazioni associate ad ogni singolo contatto;
2. individuare il numero di **episodi di cura** (contatti) di cui è stato oggetto l’utente nel corso degli anni.

26.7.5.3 Modalità di compilazione del campo “Conclusione Convenzionale”

Il campo “Conclusione convenzionale” è presente nel tracciato per poter rilevare la chiusura di un contatto in cui non si è realizzata la presa in carico (vd. 26.7.2 “Contatto”). Infatti, per poter gestire ordinatamente i rapporti intercorsi tra la struttura DSM aziendale ed i suoi utenti, occorre effettuare e rilevare la chiusura anche dei contatti in cui non si è stabilito un rapporto sistematico e di responsabilità di progetto terapeutico, sia che ciò sia dovuto alla natura del contatto (es. richiesta di parere/certificazione) sia perché l’utente non abbia voluto proseguire il rapporto o non si sia più presentato (vedi spiegazione paragrafo 26.7.2.1).

26.7.5.4 Modalità di compilazione del campo “Data Conclusione Convenzionale”

Il campo data **“Data Conclusione Convenzionale”** viene valorizzato in occasione della chiusura di un contatto, ogni qualvolta questi non abbia originato una presa in carico dell’utente cui il contatto si riferisce. La data corrisponde al giorno stesso di erogazione della prestazione (se questa sicuramente esaurisce il

contatto) o alla data di scadenza dei novanta giorni dalla data di erogazione della prestazione, se l'utente è stato visto per una prima visita, ma poi non si è più presentato.

26.7.5.5 Modalità di compilazione del campo “Esito”

Tale informazione sintetizza la valutazione clinica finale, effettuata dalla figura professionale responsabile della presa in carico, al momento della chiusura del contatto. Deve pertanto essere rilevata al momento della chiusura del contatto, se il campo “presincarcato” è stato valorizzato ad 1 nei periodi di riferimento precedenti a quello della chiusura o nel corso dello stesso periodo, ovvero se nel contatto in rilevazione è avvenuta in qualche momento la presa in carico dell'utente.

Non valorizzare invece se la chiusura è di tipo convenzionale, se cioè il campo 19 “convenzionata” assume valore = 1 (“si”).

26.8 Rilevazione delle prestazioni erogate dai servizi D.S.M.

Un adeguato sviluppo del sistema informativo regionale sulla salute mentale non può prescindere da un'accurata rilevazione delle prestazioni erogate ai pazienti dagli operatori del servizio. Per poter organizzare tale attività è stato necessario elaborare un'accurata classificazione delle prestazioni, lavoro complesso che ha visto impegnati per lungo tempo personale delle aziende sanitarie e della Regione al fine di arrivare ad un prodotto compiuto. Il prodotto ottenuto è il risultato dei due gruppi di lavoro che hanno a suo tempo operato, distintamente per il settore della salute mentale adulti e di quello dell'infanzia/adolescenza. Gli elaborati da loro prodotti sono stati unificati seguendo una logica di integrazione al fine di arrivare ad una classificazione unitaria che non escluda o distorca l'attività di nessuno dei due settori, ma anzi consenta di cogliere tutti gli aspetti del servizio.

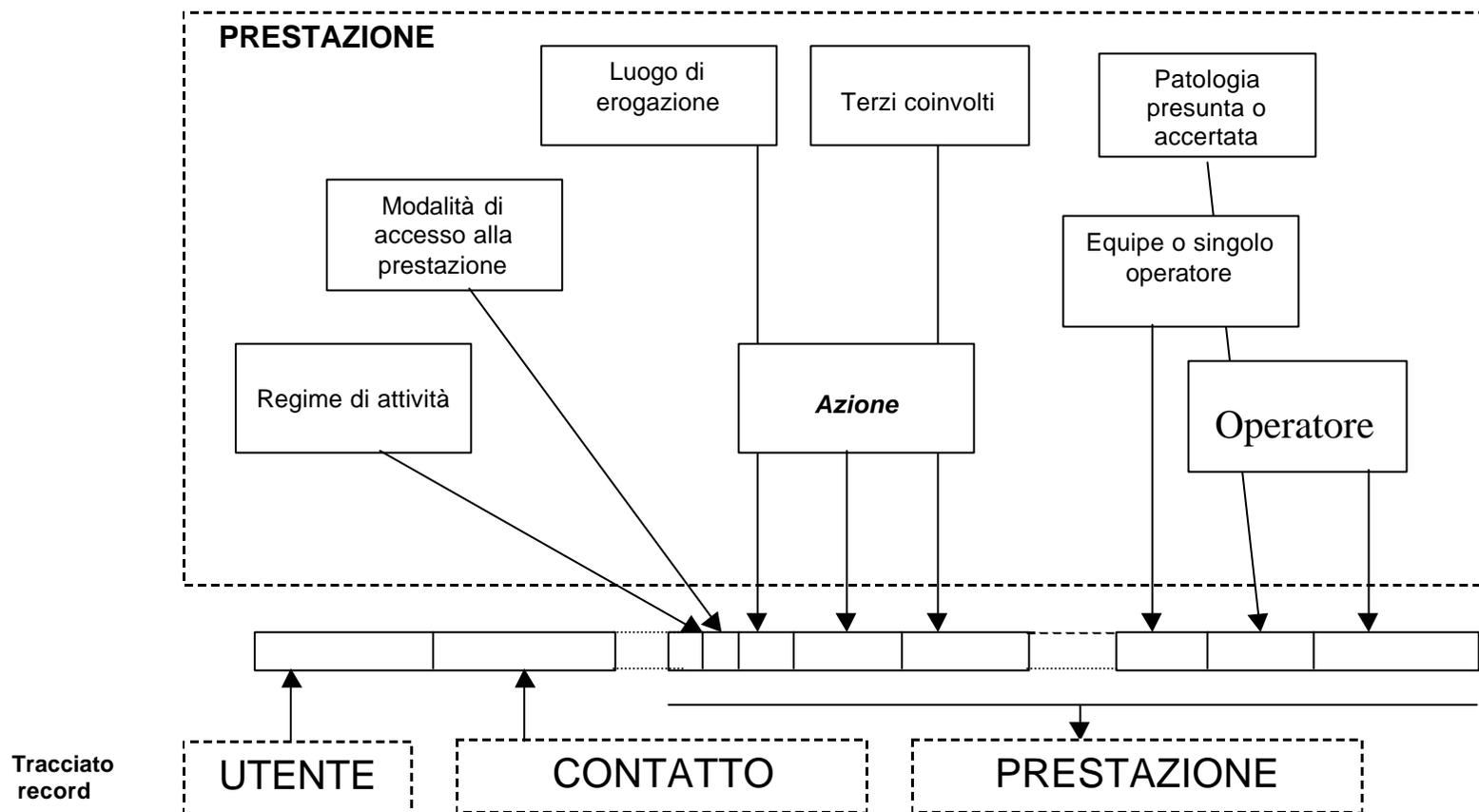
Proprio per questo, partendo dal presupposto che la figura dell'operatore è centrale nell'erogazione della prestazione, è stato deciso di rilevarne separatamente la professionalità, eliminando quindi dalla classificazione le differenze tra le singole voci basate solo sulla diversa tipologia di operatore che eroga la prestazione.

La classificazione quindi contiene la descrizione della prestazione in quanto tale, con le caratteristiche proprie che le differenziano intrinsecamente l'una dall'altra, affidando poi alla classificazione degli operatori il compito di distinguere gli operatori che le forniscono. Questo ovviamente non significa che qualunque operatore può erogare qualunque delle prestazioni previste dalla classificazione, ma solo che l'abbinamento “**prestazione-operatore**” è costituito da due informazioni distinte, una relativa alla prestazione (e che si basa sulla classificazione delle prestazioni) ed una relativa agli operatori (basata sulla classificazione degli operatori). Entrambe le informazioni pertanto dovranno essere rilevate.

Vengono inoltre contestualmente rilevate anche le altre informazioni che connotano la prestazione, quali:

1. il **luogo di erogazione** (presidio, domicilio, ecc.);
2. la **modalità di accesso** alla prestazione stessa, ovvero se questa viene richiesta per intervento diretto del paziente, o del suo medico curante oppure ancora della scuola, del tribunale, di altre aziende sanitarie, ecc.;
3. il **regime di attività** in cui avviene l'erogazione della prestazione. Questo può essere infatti ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, di ricovero, ecc.
4. la **patologia presunta o accertata** alla cui cura/riabilitazione è destinata la prestazione.

Infatti la prestazione professionale, pur essendo una unità di lavoro, ai fini della sua definizione si presenta come un elemento multidimensionale alla cui individuazione concorrono tutte le variabili sopra indicate, e che richiedono pertanto di essere tutte correttamente rilevate, obiettivo che si pone il sistema informativo regionale sulla salute mentale.



Come già esposto nei paragrafi introduttivi, la rilevazione delle prestazioni è organizzata mediante la raccolta dei dati strutturati in due tracciati record tra loro correlati gerarchicamente, uno che contiene le informazioni di sintesi sulla prestazione ed uno che ne traccia gli aspetti di dettaglio:

1) informazioni di sintesi sulla prestazione rilevata: l'archivio PRESTAZIONI relativo è SALM_PRE1, per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

2) informazioni di dettaglio sulla singola prestazione rilevata: l'archivio relativo, correlato al precedente SALM_PRE1 è SALM_PRE2, sempre per la salute mentale adulti ed infanzia/adolescenza.

La necessità di creare due archivi sulle prestazioni è data dall'esigenza di rilevare le prestazioni effettuate in regime semiresidenziale, residenziale o di ricovero e quelle complesse, quando cioè pur trattandosi di un intervento ambulatoriale, in realtà si compone di più prestazioni erogate congiuntamente od in stretta sequenzialità. Per ciascuno episodio di cura (contatto), l'archivio SALMPRE_1 rileva le informazioni fondamentali, quali appunto il regime di attività e di soggiorno, la data di inizio e di fine dell'episodio, gli estremi del contatto e dell'utente cui si riferisce, il luogo di erogazione e la patologia presente.

L'archivio SALMPRE_2 invece rileva il dettaglio delle prestazioni erogate, quali il codice della prestazione, gli operatori che la effettuano, singolarmente od in équipe, gli eventuali terzi coinvolti, la modalità individuale o di gruppo, il numero di prestazioni se trattasi di un episodio di cura in regime semiresidenziale, residenziale o di ricovero, ecc..

Come già illustrato, la tempistica e la modalità di trasmissione sono le stesse degli altri archivi analitici del sistema informativo della salute mentale.

26.8.1 ELEMENTI SIGNIFICATIVI DEI TRACCIATI SULLE PRESTAZIONI

In questo paragrafo vengono riportate le modalità di compilazione di alcuni campi ritenuti di particolare importanza:

26.8.1.1 Modalità di compilazione del campo “Identificativo prestazione”

Il codice identificativo della prestazione è costituito da un numero progressivo univoco all'interno del contatto, fino ad un valore massimo di cinque cifre. Rappresenta un campo chiave, poiché insieme al campo 7 "pratica" (Numero pratica utente) che identifica il contatto all'interno del tracciato record delle prestazioni, consente il collegamento dei record dell'archivio SALM_PRE1 (tipo record = 4) con i corrispondenti record dell'archivio SALM_PRE2 (tipo record = 5).

26.8.1.2 Modalità di compilazione del campo “Numero SDO”

Qualora la prestazione sia un ricovero, il sistema prevede la rilevazione del relativo codice identificativo della scheda nosologica di dimissione ospedaliera, da cui sarà possibile desumere tutte le principali informazioni clinico/terapeutiche.

Tale campo deve essere valorizzato solo nel caso in cui nel campo 9 “regime di attività” sia indicato un valore pari a "4" = “regime di ricovero. In tal caso questo campo è da considerare un campo chiave. Tale informazione consente il collegamento dei record dell'archivio SALM_PRE1, con i corrispondenti record dell'archivio SKNO relativo alla scheda nosologica.

Si ricorda che il codice identificativo della SDO è composto da dieci caratteri, così strutturati:

- le prime quattro cifre si riferiscono all'anno di apertura della cartella di ricovero
- le seconde sei cifre costituiscono il numero pratica progressivo univoco a livello di presidio

e costruito mediante la congiunzione dei campi chiave, rispettivamente 2 (anno pratica) e 3 (numero pratica) dell'archivio SKNO.

26.8.1.3 Modalità di compilazione dei campi “Natura del luogo di erogazione”, “Codice del luogo di erogazione”, “Subcodice luogo di erogazione”

Il luogo di erogazione della prestazione può corrispondere al presidio cui fa capo il personale che effettua la prestazione e che viene rilevato attraverso gli appositi campi “Tipologia del presidio erogatore”, “Codice del presidio erogatore” e “Subcodice presidio erogatore”, o può essere diverso.

Il sistema prevede la rilevazione di tale informazione mediante il campo “tipologia del luogo di erogazione” (“tipoero”), in cui viene indicato se la prestazione cui il record si riferisce è stata erogata nello stesso presidio erogatore o in luoghi diversi.

Qualora il luogo diverso sia comunque rappresentato da un presidio socio-sanitario toscano, il sistema prevede la rilevazione del relativo codice identificativo. Ed allo scopo sono presenti tre campi, che consentono di discernere:

1. se il presidio diverso dal presidio erogatore faccia parte dell’insieme delle strutture territoriali o di ricovero → “natura del luogo di erogazione”
2. di quale singolo presidio si tratti → “codice del luogo di erogazione”
3. di quale singolo stabilimento ospedaliero, qualora si tratti di una struttura di ricovero → “subcodice del luogo di erogazione”.

Questi tre campi devono pertanto essere valorizzati SOLO nel caso in cui nel campo “Natura del luogo di erogazione” sia indicato un valore pari a "05", ovvero qualora il luogo di erogazione faccia parte dell’insieme delle strutture socio-sanitarie toscane ma sia diverso dal presidio erogatore.

26.8.1.4 Modalità di compilazione del campo “Regime di attività”

Il regime di attività che caratterizza la prestazione erogata prevede cinque modalità: “ambulatoriale/consultoriale”, “semiresidenziale”, “residenziale”, “di ricovero”, “di accoglienza”.

Per regime di accoglienza si intende l’attività di accoglienza in alternativa al ricovero ospedaliero presso un Centro di Salute Mentale che preveda la permanenza diurna e notturna del paziente con il supporto del personale UF nelle attività terapeutiche.

26.9 Classificazione delle prestazioni dei Servizi di Salute Mentale

Di seguito viene presentato l’elenco delle voci che compongono la classificazione delle prestazioni erogate dai Servizi di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie toscane. All’elenco è associato, al paragrafo successivo, il glossario che descrive e dettaglia le singole voci, ai fini di una migliore comprensione e condivisione della classificazione stessa.

26.9.1 ELENCO DELLE PRESTAZIONI

1 - Attività clinica rivolta al paziente

101 Visita specialistica (con o senza familiari)

- 10101 1° Visita specialistica
- 10102 Visita specialistica successiva
- 10103 Colloquio specialistico

102 Colloquio

- 10201 Colloquio svolto dalle altre figure professionali diverse dallo specialista

103 Consulenza

- 10301 Consulenza

104 Relazione

- 10401 Relazione tecnica (clinica o sociale)

105 Accertamento medico-legale

- 10501 Accertamento medico-legale

106 Valutazione standardizzata/ esami psicodiagnostici

- 10601 Somministrazione di test di intelligenza
- 10602 Somministrazione di test di deterioramento o sviluppo intellettuale
- 10603 Somministrazione di test della memoria
- 10604 Test della scala di memoria di Wechsler
- 10605 Somministrazione di test delle funzioni esecutive
- 10606 Somministrazione di test delle abilità visuo spaziali
- 10607 Somministrazione di test proiettivi e della personalità
- 10608 Somministrazione di scale di valutazione (rating scales)
- 10609 Esame dell'afasia
- 10610 Test di valutazione della disabilità sociale
- 10611 Test di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping
- 10612 Test delle funzioni linguistiche

107 Psicoterapia

- 10701 Psicoterapia individuale
- 10702 Psicoterapia di coppia
- 10703 Psicoterapia familiare
- 10704 Psicoterapia di gruppo

108 Incontro operativo multiprofessionale

10801 Incontro operativo multiprofessionale

109 Altre Attività (con o senza familiari)

10901 Somministrazione farmaci

10902 Accompagnamento TSO

2 - Attività rivolta alla famiglia

201 Colloquio con i familiari

20101 Colloquio con i familiari senza la presenza del paziente

202 Intervento informativo e psicoedvo con i familiari (individuale/gruppo)

20201 Interventi informativi e psicoeducativi sulla singola famiglia

20202 Interventi informativi e psicoeducativi con gruppi di familiari

3 - Attività di riabilitazione

301 Intervento sulle abilità di base, interpli/sociali

30101 Interventi sulle abilità di base, interpli/sociali con il singolo paziente

30102 Interventi sulle abilità di base, interpli/sociali con gruppi di pazienti

302 Intervento di risocializzazione

30201 Interventi di risocializzazione con il singolo paziente

30202 Interventi di risocializzazione con gruppi di pazienti

303 Intervento di tipo espressivo

30301 Interventi di tipo espressivo con il singolo paziente

30302 Interventi di tipo espressivo con gruppi di pazienti

304 Intervento di tipo motorio

30401 Interventi di tipo motorio con il singolo paziente

30402 Interventi di tipo motorio con gruppi di pazienti

305 Intervento di tipo pratico manuali

30501 Interventi di tipo pratico manuali con il singolo paziente

30502 Interventi di tipo pratico manuali con gruppi di pazienti

306 Intervento di addestramento e formazione al lavoro

30601 Interventi di addestramento e formazione al lavoro svolto dagli operatori dei servizi a fianco del paziente

307 Soggiorno vacanza

30701 Soggiorni vacanze con gruppi di pazienti

308 Intervento abilitativo/riabilitativo in età evolutiva

30801 Valutazione funzionale

30802 Intervento logopedico in età evolutiva

30803 Intervento neuromotorio in età evolutiva

30804 Intervento educativo in età evolutiva

30805 Altri interventi abilitativi-riabilitativi per l'età evolutiva

4 - Attività socioassistenziale

401 Intervento di supporto

40101 Interventi di supporto

402 Intervento finalizzato alla risoluzione di problemi amministrativi e sociali

40201 Interventi finalizzati alla risoluzione di problemi amministrativi e sociali

403 Intervento di rete

40301 Interventi di rete

26.9.2 GLOSSARIO

1 - Attività clinica rivolta al paziente

- **101 – VISITA SPECIALISTICA:** intervento con il paziente, svolto da specialisti (medici psichiatri, medici neuropsichiatri infantili e psicologi clinici) e finalizzato a valutarne le condizioni cliniche, lo stato neurologico, quello psicopatologico e comportamentale, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento, sia esso di natura psichiatrica o psicologica o neuromotoria o neuropsicologica, a fini terapeutici e/o riabilitativi.

Include: colloqui con specialisti a carattere psicoterapico senza formalizzazione di psicoterapia; visite domiciliari da parte dello specialista; colloqui dello specialista con il paziente e con i suoi familiari; prescrizione e controllo del trattamento farmacologico ; Accertamenti Sanitari Obbligatorî (ASO); visite per la convalida del TSO * (nonostante questo ultimo intervento abbia risvolti medico - legali, le sua finalità di tipo clinico portano ad includerlo in questa categoria); valutazione protesica, intesa come individuazione, valutazione, prescrizione e collaudo delle protesi, delle ortesi e degli ausili.

Esclude: interventi in assenza del paziente; colloqui con i familiari; intervento di rete; consulenza; accertamenti medico legali; psicoterapie; valutazione standardizzata; attività rivolte alla famiglia; comunicazioni telefoniche; colloqui svolti in modo informale.

* prestazioni erogate unicamente da medici psichiatri e neuropsichiatri infantili.

- **102 - COLLOQUIO:** intervento con il paziente non formalizzato relativamente a frequenza e modalità di svolgimento, svolto dalle altre figure professionali diverse dal medico e dallo psicologo.

Include: colloqui con il paziente; colloqui con il paziente insieme con i suoi familiari; visite domiciliari svolte da assistenti sociali, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione.

Esclude: attività rivolte alla famiglia; attività di riabilitazione; attività socio assistenziali; comunicazioni telefoniche, colloqui svolti in modo informale; colloqui con finalità di intrattenimento e conversazione.

- **103 – CONSULENZA:** valutazione specialistica psichiatrica, di neuropsichiatria infantile o psicologica - clinica svolta nei confronti di pazienti in carico ad altre strutture sanitarie (reparti di degenza ospedalieri e Pronto Soccorso) o socio assistenziali, o sotto la responsabilità di enti terzi (es. Tribunale).

Al pari della visita specialistica, la consulenza è finalizzata a valutare le condizioni cliniche, lo stato neurologico, quello psicopatologico e comportamentale del paziente, al fine di giungere a conclusioni diagnostiche e alla impostazione, attuazione e verifica del trattamento, sia esso di natura psichiatrica o psicologica o neuromotoria o neuropsicologica, o all'accertamento delle condizioni di idoneità ambientale (audizione protetta del minore richiesta dal Tribunale).

Include: consulenze presso reparti di degenza ospedalieri e Pronto Soccorso; consulenze presso Strutture Sociosanitarie (Case di Riposo, RSA, Comunità per tossicodipendenti, comunità di accoglienza); audizioni protette del minore su richiesta del Tribunale (GIP o Pubblico Ministero).

Esclude: riunioni/incontri con operatori di reparti e servizi ospedalieri per il coordinamento delle attività di cura e di assistenza del singolo caso, non accompagnati da visita specialistica al paziente (riunioni - incontri con medici di medicina generale, distretto e altre strutture sanitarie incentrati sul singolo caso); comunicazioni telefoniche; attività di formazione ed informazione dello specialista nei confronti dei medici di altre specializzazioni per aiutarli a gestire meglio i problemi psicosociali dei loro pazienti. (attività didattica e di liaison, non rilevate all'interno di questi flussi informativi).

- **104 - RELAZIONE.** Comprende stesura di relazioni tecniche (cliniche o sociali), anche connesse a:
 - Programmazione e verifica del complesso delle attività connesse ai PEI (piani educativi individualizzati) e ai PARG (progetti abilitativi riabilitativi globali);
 - Riconoscimento invalidità civile;
 - Intervento su mandato del Tribunale.

- **105 - ACCERTAMENTO MEDICO - LEGALE:** valutazione psichiatrica del paziente ai fini medico - legali attestante la presenza o meno di un disturbo psichiatrico, cui fa seguito una relazione o certificazione. Segue generalmente ad una richiesta formulata da strutture sanitarie o ad altri Enti.

Include: visite per il rilascio della pensione di invalidità, per il rinnovo della patente o del porto d'arma; visite per l'accertamento dell'idoneità alla professione; visite di certificazione legate al servizio militare.

Esclude: le visite per proposta e convalida di TSO, gli Accertamento Sanitari Obbligatoriosi (ASO), la stesura di relazioni scritte sui singoli casi senza contestuale contatto con il paziente (attività amministrativa, non rilevata all'interno di questi flussi informativi).

- **106 - VALUTAZIONE STANDARDIZZATA:** la valutazione può avvenire nella fase iniziale ed essere così finalizzata alla formulazione del piano di cura o di riabilitazione, ma può essere ripetuta a scadenze regolari in periodi successivi come verifica dei progressi del trattamento psichiatrico o del programma riabilitativo.

Può essere svolta in due modi:

 - **valutazione mediante test psicodiagnostici**
Intervento effettuato mediante la somministrazione di uno o più strumenti psicodiagnostici e reattivi mentali, al fine di definire e misurare le caratteristiche delle funzioni psichiche o della personalità del paziente.

 - **valutazione mediante rating scales, questionari, interviste (semi)strutturate**
Intervento effettuato tramite la somministrazione al paziente o ai suoi familiari di strumenti standardizzati di valutazione e finalizzato ad una descrizione, quantificazione ed inquadramento nosologico dei sintomi psicopatologici, delle anomalie comportamentali, delle disabilità, del carico familiare, della rete relazionale e sociale, che consenta la pianificazione degli interventi e la successiva valutazione degli esiti degli stessi.

Include: la somministrazione di interviste semistrutturate, scale di valutazione, questionari, test psicodiagnostici al paziente e ai suoi familiari.

Esclude: schede di valutazione dei problemi psicopatologici e psicosociali dei pazienti, dell'esito dei trattamenti, ecc. che non prevedono l'intervista del paziente o dei suoi familiari, bensì la compilazione diretta dello strumento da parte dell'operatore (attività di monitoraggio e valutazione, non rilevate all'interno di questi flussi informativi); uso routinario di strumenti di registrazione, come ad esempio la compilazione di schede finalizzate alla raccolta di informazioni per il sistema informativo (attività di monitoraggio e valutazione, non rilevate all'interno di questi flussi informativi); riunioni interne al servizio legate alla discussione del caso (attività di verifica e coordinamento dei trattamenti - riunioni interne al DSM, non rilevate all'interno di questi flussi informativi); attività di ricerca e valutazione non incentrate sul singolo paziente ma su classi di pazienti o sull'intero servizio, per esempio a carattere epidemiologico (attività di ricerca, non rilevate all'interno di questi flussi informativi: attività di monitoraggio e valutazione non rilevate all'interno di questi flussi informativi).

- **107 – PSICOTERAPIA:** intervento strutturato che prioritariamente mira a modificare le emozioni, i pensieri e i comportamenti del paziente e il modo di interpretare il proprio vissuto. Viene svolto nell'ambito di un programma terapeutico concordato con il paziente, con frequenza, durata e modalità degli incontri

fisse e predefinite e prevede l'utilizzazione di tecniche da parte di operatori dotati di specifiche competenze professionali (psichiatri, neuropsichiatri infantili o psicologi autorizzati a norma di legge all'esercizio della psicoterapia). Una seduta di psicoterapia, salvo casi eccezionali, dura almeno 40 minuti.

Si articola in:

➤ **10701 psicoterapia individuale**

Coinvolge in una relazione a due il singolo paziente e lo psicoterapeuta.

Esclude : colloqui con psichiatri, neuropsichiatri infantili e psicologi a carattere psicoterapico, ma non formalizzati come psicoterapie (visite specialistiche); interventi in cui prevale l'insegnamento di abilità (intervento rispetto alle abilità di base, interpersonali e sociali).

➤ **10702 psicoterapia di coppia**

E' rivolta a due soggetti legati da una relazione affettiva per la quale essi stessi si definiscono come coppia; il suo scopo è migliorare gli aspetti problematici della relazione stessa o di portare ad una separazione non conflittuale. Vengono considerati aspetti psicologici, sessuali, etici ed economici della relazione. I due membri della coppia possono essere visti singolarmente o insieme.

➤ **10703 psicoterapia familiare**

Intervento rivolto al trattamento nella stessa seduta di più di un membro di una famiglia o dell'intero nucleo familiare disfunzionale secondo un modello sistematico o relazionale.

Esclude : singoli interventi con i familiari (anche se frequenti) non strutturati in una terapia della coppia/famiglia (colloquio con i familiari); interventi psicoeducativi (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).

➤ **10704 psicoterapia di gruppo**

Applicazione di tecniche psicoterapiche da parte di un terapeuta che usa le interazioni emotive dei membri del gruppo per aiutarli ad alleviare il disagio e possibilmente a modificare il loro comportamento. Il gruppo è abitualmente composto di 4-12 persone che si incontrano regolarmente con il terapeuta.

Esclude : gruppi di risocializzazione finalizzati alla discussione (intervento di risocializzazione); gruppi di familiari, anche a carattere psicoterapico (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).

• **108 - INCONTRO OPERATIVO MULTI - PROFESSIONALE.**

L'incontro operativo multi-professionale comprende incontri a carattere clinico con terzi interessati (ad esempio con operatori scolastici) per:

- Presentazione e discussione del caso, presa in carico, programmazione e verifica degli interventi rivolti al paziente.
- Programmazione e verifica del complesso delle attività connesse ai PEI (piani educativi individualizzati) e ai PARG (progetti abilitativi riabilitativi globali);

• **109 - ALTRE ATTIVITA'**

Sono gli interventi svolti generalmente dal personale infermieristico all'interno del "progetto terapeutico" o "riabilitativo"; vanno dagli interventi più sanitari (**somministrazione farmaci**, controllo della pressione, ecc.) alla partecipazione ai diversi momenti di realizzazione del progetto, per accompagnare, sostenere, aiutare il paziente (**accompagnamento TSO**, ecc.). La somministrazione dei farmaci può essere svolta all'interno delle strutture territoriali o presso il domicilio dell'utente in base al progetto terapeutico.

2 - Attività rivolta alla famiglia

- **201 - COLLOQUIO CON I FAMILIARI:** intervento finalizzato a verificare i problemi presenti nell'ambito familiare e/o coinvolgere la disponibilità delle risorse familiari nel programma terapeutico-riabilitativo. All'interno del colloquio possono essere presenti contenuti informativi non strutturati. Sono svolti con i familiari o altri conviventi, informatori chiave, senza la presenza del paziente, e non si avvalgono di tecniche specifiche.

Include: colloquio con i familiari senza la presenza del paziente, anche successivo a visita o colloquio con il paziente (purchè i due interventi siano distinti e avvengano in tempi diversi)

Esclude: colloqui in cui siano presenti contemporaneamente il paziente ed i familiari (colloqui, colloqui clinici psicologici, visite psichiatriche); interventi strutturati a carattere psicoeducativo (interventi informativi e psicoeducativi con i familiari); terapia della famiglia (psicoterapia familiare); comunicazioni telefoniche.

- **202 - INTERVENTO INFORMATIVO E PSICOEDUCATIVO CON I FAMILIARI,** per la singola famiglia o più famiglie: gli interventi psicoeducativi presuppongono l'utilizzo di una tecnica specifica e la relativa formazione degli operatori; hanno generalmente lo scopo di informare, secondo programmi definiti, i familiari, sulla natura, il decorso ed il trattamento del disturbo psichiatrico del paziente e, attraverso un addestramento secondo metodi strutturati, di migliorare la capacità di comunicazione all'interno della famiglia e di aumentare la sua abilità nell'affrontare i problemi e fronteggiare lo stress. Gli interventi psicoeducativi possono essere rivolti sia alla singola famiglia che a gruppi di famiglie, con o senza la presenza dei pazienti.

I gruppi di familiari si riuniscono, secondo modalità e periodicità prestabilite, per discutere i problemi che la convivenza con un paziente psichiatrico comporta e le modalità migliori per affrontarli. Le modalità di conduzione di questi gruppi possono ispirarsi a tecniche differenti da quella psicoeducativa.

Include: interventi informativi e psicoeducativi sia sulla singola famiglia, che con gruppi di familiari; gruppi di familiari non a carattere psicoeducativo.

Esclude: interventi non strutturati con i familiari (colloquio con i familiari), psicoterapie familiari (psicoterapia familiare), psicoterapia di gruppo, gruppi di auto-aiuto dei familiari (questi ultimi, in quanto attuati senza la presenza degli operatori, non possono essere compresi tra le prestazioni del DSM).

3 - ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE

- **301 – INTERVENTO RISPETTO ALLE ABILITA' DI BASE, INTERPERSONALI E SOCIALI (INDIVIDUALE E DI GRUPPO):** attività che prioritariamente hanno la finalità di incrementare il livello di autonomia dei pazienti e di migliorare la loro capacità di far fronte a disabilità e svantaggio sociale. Sono finalizzate a rendere il paziente il più possibile autonomo nelle principali abilità di base (cura di sé e cosiddette abilità strumentali, come usare il telefono, prendere l'autobus), interpersonali e sociali. Gli interventi possono basarsi su modelli teorici ben definiti di insegnamento di abilità e spesso presuppongono una formazione specifica degli operatori. Il livello di strutturazione dell'attività può variare: da programmi molto strutturati sul modello del "social skills training" ad interventi meno strutturati, ma in cui è comunque presente da parte dell'operatore un'attenzione all'insegnamento delle diverse abilità.

Include: Interventi specifici, sia singoli che di gruppo, volti a migliorare le abilità relative alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato ecc.), alle cosiddette attività strumentali (usare i mezzi pubblici, fare la spesa, usare il denaro, inserirsi in attività ricreative ecc.) e alle relazioni interpersonali.

Esclude : tutti gli interventi in cui l'operatore aiuta direttamente il paziente o si sostituisce ad esso nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, pulire, cucinare, fare la spesa) (interventi di supporto); le attività in cui è prevalente l'aspetto di risocializzazione rispetto all'insegnamento di abilità, come in incontri per pranzare insieme, ma in cui l'accento è posto sullo scambio relazionale piuttosto che sull'insegnamento relativo alla scelta dei cibi e alla preparazione dei pasti (interventi di risocializzazione).

All'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali l'affidamento al paziente di compiti quotidiani della vita comunitaria (ad esempio apparecchiare, sparecchiare, comprare il giornale, preparare e servire il tè, pulire la stanza propria o le stanze comuni, preparare la colazione, ecc.), non può essere considerato un intervento sulle abilità di base, se non implica l'insegnamento e la verifica dell'esecuzione dell'abilità all'interno di un programma individuale strutturato e a termine.

- **302 – INTERVENTO DI RISOCIALIZZAZIONE (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)**: ha lo scopo di consentire ai pazienti di frequentare ambienti e persone al di fuori del contesto familiare e di migliorare le loro capacità di socializzazione mediante attività ricreative o finalizzate.

Può essere svolto sia all'interno della struttura, sia all'esterno con il coinvolgimento del paziente in iniziative sociali ed in attività ricreative sul territorio. Possono essere coinvolti i familiari del paziente o altre figure significative a lui vicine.

Include : per l'intervento individuale: attività ricreative e di incontro rivolte al singolo paziente, uscite (cinema, ristorante, mostre ecc.). Per l'intervento di gruppo: attività ricreative e di incontro che soddisfino le caratteristiche del gruppo come gruppi di risocializzazione, discussione e lettura, gruppi di incontro su argomenti specifici, gruppi finalizzati all'ascolto di musica o alla visione di film, gruppi cucina, ecc.

Esclude : per l'intervento di gruppo: gruppi a carattere specificamente riabilitativo (come nel caso di un gruppo che si riunisce per mangiare insieme, ma in cui l'accento è posto sull'insegnamento relativo all'abilità di preparare i pasti) (intervento sulle abilità di base); gruppi di familiari (intervento informativo e psicoeducativo con i familiari).

All'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali l'intervento può essere rilevato solo se non fa parte delle attività assistenziali quotidiane e routinarie della struttura. Ad esempio, attività quali la lettura del giornale, il gioco a carte, il caffè, ecc. non sono un intervento di risocializzazione, ma costituiscono attività routinarie di incontro, intrattenimento e accoglienza, rilevate in modo complessivo dalla presenza residenziale o semiresidenziale.

- **303 – INTERVENTO DI TIPO ESPRESSIVO (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)**

Include : attività quali il disegno, la pittura, la fotografia, le attività teatrali e di drammatizzazione, ecc.

- **304 - INTERVENTO DI TIPO MOTORIO (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)**

Include : attività di ginnastica, integrazione psicomotoria, espressione corporea, tecniche di rilassamento, danza, ecc.

- **305 – INTERVENTO DI TIPO PRATICO MANUALE (INDIVIDUALE E DI GRUPPO)**

Include : la lavorazione del legno, il cucito ed il lavoro a maglia, il giardinaggio, ecc.

Esclude : attività specificamente finalizzate all'inserimento lavorativo, quali ad esempio la lavorazione del legno finalizzata a rendere il paziente in grado di inserirsi in tirocini o attività lavorative di natura artigianale (intervento di addestramento e formazione al lavoro).

- **306 - INTERVENTO DI ADDESTRAMENTO E FORMAZIONE AL LAVORO:** è finalizzato alla formazione dei pazienti in alcune aree lavorative e/o all'inserimento/reinserimento di questi sia nel libero mercato del lavoro che in impieghi protetti.

Include: le attività di formazione professionale, di tirocinio e inserimento lavorativo intraprese da operatori del servizio psichiatrico sia in ambiente lavorativo "normale" che in ambiente protetto; interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette".

Esclude: gli interventi in cui vengono svolte attività quali ad es. il giardinaggio o lavori di falegnameria, in maniera non finalizzata ad un inserimento lavorativo (intervento di tipo pratico manuale); contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali (intervento di rete); ricerca del lavoro (intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali).

- **307 - SOGGIORNO – VACANZA:** intervento con finalità ricreative e di risocializzazione, rivolto a gruppi di pazienti al di fuori dell'ambito familiare o sanitario, limitato nel tempo, con la presenza di operatori nell'arco delle 24 ore. Sono comprese sotto questa voce anche gite, escursioni e viaggi della durata di almeno una giornata con la presenza degli operatori.

Questi interventi sono rilevati secondo il numero di giorni di durata.

Include: soggiorni e vacanze; gite, escursioni e viaggi.

- **308 – INTERVENTO ABILITATIVO/RIABILITATIVO IN ETA' EVOLUTIVA:** è finalizzato al trattamento abilitativo/riabilitativo dei disturbi motori, psicomotori, neuropsicologici, linguistici, comunicativi, cognitivi e relazionali del bambino, con o senza handicap, *attraverso l'uso di tecniche specifiche per l'età evolutiva.*

➤ **30801 valutazione funzionale in età evolutiva**

Valutazione neuromotoria, psicomotoria, neuropsicologica e della comunicazione.

Include: valutazione globale o segmentaria o monofunzionale o delle funzioni corticali superiori; approfondimento e quantificazione della disabilità specifica o complessiva, tramite l'utilizzo di griglie o prove non standardizzate, compresa la videoregistrazione; colloquio per l'integrazione dell'anamnesi riabilitativa, per controllo, per restituzione; colloquio per l'illustrazione delle procedure terapeutico-riabilitative e di supporto alla terapia stessa; bilancio pre-trattamento.

➤ **30802 intervento logopedico in età evolutiva**

Seduta di abilitazione-riabilitazione dei disturbi delle funzioni neuropsicologiche (linguistiche, dell'apprendimento ecc.) e della comunicazione, svolta attraverso tecniche specifiche per l'età evolutiva, anche mediante l'utilizzo di videoregistrazione, strumenti informatici e tecnologie avanzate.

Include: training specifici per disturbi cognitivi e dell'apprendimento; training specifici per disturbi audiofonologici; training specifici per disturbi neurosensoriali.

➤ **30803 intervento neuromotorio in età evolutiva**

Seduta di fisiochinesiterapia/neuropsicomotricità svolta attraverso tecniche specifiche per l'età evolutiva, con o senza utilizzo di strumenti riabilitativi.

Include: rieducazione motoria; esercizi respiratori; esercizi posturali-proprioceettivi; training deambulatori e del passo.

➤ **30804 intervento educativo in età evolutiva**

Intervento, incentrato su attività educative, ricreative, di socializzazione, svolto attraverso tecniche specifiche per l'età evolutiva e finalizzato a migliorare le autonomie e la capacità di far fronte a disabilità e svantaggio sociale e a potenziare le principali abilità di base, interpersonali e sociali.

Include : attività psicopedagogia ed educativa sulla cura dei propri spazi di vita; attività ludico-espressiva ecc.

➤ **30805 altri interventi abilitativi/riabilitativi in età evolutiva**

Include : terapia occupazionale; riabilitazione equestre; musicoterapia ecc.

Esclude : gli interventi di tipo riabilitativo erogati a minori riconducibili a quelli elencati dal punto 301 al punto 307.

4 - ATTIVITA' SOCIOASSISTENZIALE

• **401 - INTERVENTO DI SUPPORTO**: intervento all'interno del quale l'operatore si assume in modo totale o parziale compiti e funzioni legati alle abilità di base e relativi alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, alimentarsi in modo adeguato ecc.) ed all'autonomia personale nella vita quotidiana (fare la spesa, usare il denaro, ecc.) che in condizioni di normalità sarebbero svolti dal paziente stesso.

Include : tutti gli interventi, erogati al di fuori delle strutture residenziali, in cui l'operatore aiuta il paziente a lavarsi e vestirsi oppure interviene direttamente per pulire, cucinare, fare la spesa, spostarsi e così via. Sono comprese anche: la singola erogazione di pasto, se è un intervento isolato non all'interno di una presenza semiresidenziale in Centro Diurno; l'accompagnamento del paziente da parte degli operatori.

Esclude : intervento in cui vi è un insegnamento strutturato delle abilità in questione al fine di rendere i pazienti in grado di gestire le attività quotidiane in modo autonomo (intervento rispetto alle abilità di base, interpersonali e sociali); interventi all'interno dei quali i pazienti si riuniscono, ad esempio, per consumare il pasto insieme, ma in cui l'accento è posto sulla possibilità di socializzare piuttosto che sull'erogazione di pasti (intervento di risocializzazione).

All'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali questi interventi non vengono rilevati, in quanto compresi all'interno della presenza semiresidenziale e della giornata di residenza; anche attività assistenziali "ad alta intensità", quali quelle rivolte a pazienti disabili e/o allettati non vengono rilevate.

• **402 - INTERVENTO FINALIZZATO ALLA SOLUZIONE DI PROBLEMI AMMINISTRATIVI E SOCIALI**: intervento in cui l'operatore svolge una funzione di informazione del paziente e di intermediazione tra questi ed Enti, strutture o imprese.

Include : interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative (invalidità, pensione, pagamento di bollette, ecc.); interventi di tutela e curatela del paziente; ricerca del lavoro; inserimento in comunità/istituti, con presenza dell'operatore che affianca il paziente durante l'inserimento nella struttura; interventi per l'erogazione di sussidi economici; interventi di supporto socioeconomico rivolti ad assicurare al paziente l'autosufficienza economica; interventi di supporto socioeconomico finalizzati alla soluzione di problemi abitativi.

Esclude : riunioni con strutture sanitarie o altri Enti per il coordinamento e la gestione del caso (riunioni-incontri con strutture sanitarie o altri enti, non rilevati all'interno di questi flussi informativi); incontri/riunioni con singole persone o gruppi non istituzionali (intervento di rete); espletamento di pratiche amministrative non relative al singolo paziente o stesura di relazioni sociali (attività amministrativa non rilevata all'interno di questi flussi informativi); contatti

con operatori di comunità/istituti finalizzati all'inserimento del paziente o alla sua permanenza nella struttura (riunioni-incontri con strutture sanitarie o altri enti non rilevati all'interno di questi flussi informativi); contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali (interventi di rete); comunicazioni telefoniche.

• **403 - INTERVENTO DI RETE:** intervento rivolto alla rete sociale informale, finalizzato alla promozione delle necessarie forme di collaborazione e di integrazione degli interventi con i gruppi informali di riferimento del contesto.

Include: riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità, ecc. che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente; contatti con datori di lavoro, strutture aziendali e sindacali.

Esclude: riunioni/incontri con familiari e conviventi (colloquio con i familiari); riunioni/incontri con operatori di servizi sociali e sanitari (riunioni-incontri con strutture sanitarie o altri enti, non rilevati all'interno di questi flussi informativi); ricerca del lavoro (intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali); interventi di sostegno diretto a fianco del paziente in attività lavorative "non protette" (intervento di addestramento e formazione al lavoro); comunicazioni telefoniche.

26.10 Strutture socio-sanitarie e Personale del settore della Salute Mentale

Vengono ora descritte le principali caratteristiche degli altri flussi relativi ad aspetti dell'attività dei DSM aziendali, quali le strutture in cui viene erogato il servizio ed il personale dedicato.

Sono descritti congiuntamente trattandosi entrambi di flussi di dati aggregati, che mirano ad offrire informazioni di sintesi sugli aspetti succitati.

Anche per loro valgono ovviamente le regole generali di organizzazione della trasmissione dei dati, descritta al paragrafo **26.1 Regole generali di organizzazione e trasmissione dei flussi**.

Hanno entrambi *periodicità annuale*:

1. **strutture socio-sanitarie:** dati al 1 gennaio dell'anno di riferimento
2. **personale dipendente:** dati al 31/12 dell'anno di riferimento

Per ciascuno di essi vale la regola generale di costruzione degli archivi che compongono il basamento informativo, ovvero gli invii successivi al primo vanno a copertura dei dati trasmessi precedentemente ed il terzo ed ultimo invio costituisce la base informativa definitiva per l'anno di riferimento.

Si ricorda inoltre quanto detto in apertura, ovvero che questi flussi hanno carattere temporaneo, essendo destinati ad essere assorbiti da rilevazioni sempre di dimensione aziendale aventi carattere trasversale, di cui i dati della salute mentale rappresenteranno un sottoinsieme o da apposite rilevazioni analitiche. **Stante il carattere di provvisorietà, non è previsto un flusso di ritorno dalla R.T. alle Aziende Sanitarie, con le risultanze dei controlli a livello di singolo record. L'esito delle procedure regionali di controllo, per tali flussi verrà pubblicato in forma sintetica, su un'apposita pagina web regionale, e di cui verrà diffuso l'indirizzo.**

La classificazione del personale è stata elaborata ad hoc da parte di gruppi di lavoro misti R.T. – aziende sanitarie (uno per il settore adulti ed uno per l'infanzia/adolescenza). La relativa decodifica è documentata nelle note che affiancano la descrizione del tracciato record alle pagine seguenti.

Di seguito sono illustrate delle note utili al fine di una corretta interpretazione dei tracciati record. Se ne raccomanda pertanto la lettura al fine di poter interpretare correttamente le istruzioni presenti nei rispettivi tracciati record.

26.10.1 Note per la rilevazione – settore Adulti

a. STRUTTURE

- ◆ **INSIEME DI RILEVAZIONE:** rilevare sia le strutture che fanno parte del DSM e appartengono all'Ente Azienda Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera, sia le cliniche psichiatriche universitarie site nel territorio di competenza del DSM (le unità organizzative SPDC a direzione universitaria da rilevare come SPDC).
- ◆ **DEFINIZIONI** delle singole unità (o componenti) organizzative del DSM per l'infanzia e l'adolescenza:
 1. **CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM):** è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività di tipo ambulatoriale, domiciliare e di consulenza, anche negli ospedali, se sprovvisti di SPDC.
 2. **AMBULATORI PERIFERICI:** strutture differenti dal CSM, che svolgono prevalentemente attività ambulatoriale in sede, con orario di apertura limitato ad alcune ore e/o giorni della settimana.
 3. **CENTRO DIURNO (CD):** è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico riabilitative, collocata nel contesto territoriale, che accoglie i pazienti durante le ore diurne su specifici progetti individualizzati di tipo terapeutico e/o riabilitativo.
 4. **SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):** è un servizio ospedaliero dove vengono attuati, trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in regime di ricovero. Si considerano SPDC anche quei posti letto collocati spazialmente nei reparti medici ma sotto diretta responsabilità dell'Unità Funzionale (firma della cartella clinica).
 5. **DAY HOSPITAL (DH):** costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato in ambito ospedaliero, con un collegamento funzionale e gestionale con il SPDC, oppure in ambito territoriale, collegato con il CSM.
 6. **STRUTTURE RESIDENZIALI:** Sono strutture extraospedaliere che accolgono per l'intero arco delle 24 ore utenti che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o socio riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell'arco delle 24 ore:
 - a1) Residenze terapeutico-riabilitative: con assistenza continuativa nelle 24 ore, a bassa intensità e a lento turn over.
 - a2) Comunità terapeutiche: con assistenza continuativa nelle 24 ore, ad alta intensità e turn over veloce. Lavorano prevalentemente per disturbi psicotici in giovani adulti.

- b) Residenze socio-riabilitative: con assistenza limitata nell'arco delle 12 ore diurne.
- c) Gruppi appartamento: con assistenza limitata a fasce orarie.

7. **STRUTTURE A DIREZIONE TECNICA DEL DSM** quelle in cui la responsabilità della gestione dei casi e della direzione del personale è affidata ad operatori del DSM, sulla base di specifici accordi formalizzati in contratti o convenzioni tra Azienda sanitaria ed Ente Erogatore.

b. PERSONALE

1. **CALCOLO DEL NUMERO DI PERSONALE DIPENDENTE:** rilevare in "equivalenti di tempo pieno" gli operatori in servizio al 31 dicembre, dipendenti dall'Azienda Unità Sanitaria Locale o dall'Azienda Ospedaliera. Per rilevazione "tempo pieno equivalente" si intende che, per operatori che svolgono un orario part-time, le ore effettuate vengono sommate fino a raggiungere il numero di ore di un operatore a tempo pieno (per frazioni superiori a 0,5 si arrotonda all'unità superiore). E' considerato personale in servizio anche quello assente per congedo ordinario o malattia. E' incluso il personale universitario per il tempo stabilito dalla convenzione con il SSN, il personale delle U.O. di Psicologia e di Riabilitazione, il personale Del Servizio Sociale, per l'orario di lavoro erogato all'interno dell'Unità Funzionale.

2. PRECISAZIONI su alcuni profili professionali:

- ◆ **Psichiatri** (con specializzazione in psichiatria o specializzazione equivalente: neuropsichiatria, malattie nervose e mentali, igiene mentale, neurologia, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica).
- ◆ **Infermieri:** si intende personale di assistenza infermieristica [Include: infermieri professionali, infermieri con diploma universitario di infermiere, infermieri abilitati alle funzioni direttive, infermieri dirigenti]. [Esclude: infermieri generici e infermieri psichiatrici (in quanto ruoli ad esaurimento), assistenti sanitari (in quanto personale non infermieristico). (tutto questo personale va indicato nella voce Altro)].
- ◆ **Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica:** si intende "Tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale" di cui al Decreto del Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n.57, ivi compresa la figura di "Terapista della riabilitazione psichiatrica e psicosociale", equiparata alla precedente con Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministero della Sanità, del 8 ottobre 1998.
- ◆ **Educatori:** si intende "Educatore professionale" di cui al Decreto del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n.520.
- ◆ **Altro:** occorre specificare la tipologia (ad es. infermieri generici, assistenti sanitari, terapisti occupazionali, operatore di cooperativa sociale ecc.).

3. **CALCOLO DEL NUMERO DI ORE EROGATE DAL PERSONALE CONVENZIONATO:** rilevare le ore erogate nell'anno dal personale convenzionato all'interno delle strutture del DSM e delle strutture private a gestione da parte del DSM. Le ore annuali riportate sono quelle previste dagli atti deliberativi delle Aziende. Non devono essere rilevate le ore di supervisori e formatori.

26.10.2 *Note per la rilevazione – settore Infanzia/Adolescenza*

a. STRUTTURE

◆ **DEFINIZIONI** delle singole unità (o componenti) organizzative del DSM per l'infanzia e l'adolescenza:

1. **Centro dell'Unità funzionale Infanzia/Adolescenza:** è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nel territorio di competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti. Svolge attività clinica rivolta al paziente, attività di programmazione e verifica, attività di supporto.
2. **Ambulatori periferici dell'Unità funzionale Infanzia/Adolescenza:** strutture differenti dal Centro, collocate nel contesto territoriale, che effettuano interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, sulla base di progetti specifici, con orari di apertura limitati ad alcune ore e/o giorni della settimana.
3. **Day Hospital (DH) di NPI:** area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato in ambito ospedaliero, con un collegamento funzionale e gestionale, oppure in ambito territoriale. Esclusi i day hospital universitari.
4. **Strutture Residenziali:** strutture extra-ospedaliere che accolgono, per l'intero arco delle 24 ore, utenti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio-educativi.
5. **Strutture Semi-Residenziali:** strutture extra-ospedaliere che accolgono, per un numero di ore giornaliere variabile e comunque inferiore alle 24, utenti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio-educativi.

b. PERSONALE

1. **CALCOLO DEL NUMERO DI PERSONALE DIPENDENTE:** rilevare in "equivalenti di tempo pieno" gli operatori in servizio al 31 dicembre, dipendenti dall'Azienda Unità Sanitaria Locale o dall'Azienda Ospedaliera. Per rilevazione "tempo pieno equivalente" si intende che, per operatori che svolgono un orario part-time, le ore effettuate vengono sommate fino a raggiungere il numero di ore di un operatore a tempo pieno (per frazioni superiori a 0,5 si arrotonda all'unità superiore). E' considerato personale in servizio anche quello assente per congedo ordinario o malattia. E' incluso il personale universitario per il tempo stabilito dalla convenzione con il SSN, il personale delle U.O. di Psicologia e di Riabilitazione, il personale Del Servizio Sociale, per l'orario di lavoro erogato all'interno dell'Unità Funzionale.

2. PRECISAZIONI su alcuni profili professionali:

- ◆ Neuropsichiatri infantili: medici con specializzazione in neuropsichiatria infantile.
- ◆ Altri Medici: medici con altre specializzazioni (psichiatria, neurologia, pediatria ecc.)
- ◆ Infermieri: si intende personale di assistenza infermieristica [Include: infermieri professionali, infermieri con diploma universitario di infermiere, infermieri abilitati alle funzioni direttive, infermieri dirigenti]. [Esclude: infermieri generici e infermieri psichiatrici (in quanto ruoli ad esaurimento), assistenti sanitari (in quanto personale non infermieristico). (tutto questo personale va indicato nella voce Altro)].
- ◆ Terapisti della Riabilitazione: si intendono logopedisti, fisioterapisti, terapisti in neuropsicomotricità dell'età evolutiva.
- ◆ Educatori: si intende "Educatore professionale" di cui al Decreto del Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n.520.
- ◆ Ota: si intende "Operatore tecnico di assistenza".
- ◆ O.S.S.: si intende "Operatore socio sanitario".
- ◆ Altro: occorre specificare la tipologia (ad es. infermieri generici, assistenti sanitari, terapisti occupazionali, operatore di cooperativa sociale ecc.).

3. CALCOLO DEL NUMERO DI ORE EROGATE DAL PERSONALE CONVENZIONATO: rilevare le ore erogate nell'anno dal personale convenzionato all'interno delle strutture del DSM e delle strutture private a gestione da parte del DSM. Le ore annuali riportate sono quelle previste dagli atti deliberativi delle Aziende. Non devono essere rilevate le ore di supervisori e formatori.